



Städtischer Konzertchor
Winfridia Fulda e.V.

Vorsitzende
Elke Hohmann
Schimmelstraße 14
36043 Fulda

T 0178 / 2338823
vorstand@konzertchor-fulda.de
www.konzertchor-fulda.de

MITGLIEDSANTRAG

Ich beantrage die Mitgliedschaft im STÄDTISCHEN KONZERTCHOR WINFRIDIA FULDA E.V.

NAME _____ **VORNAME** _____

GEBURTSDATUM _____ **BERUF** _____

STRASSE _____ **PLZ, ORT** _____

TEL _____ **MOBIL** _____

E-MAIL _____

O FÖRDERNDES MITGLIED

O AKTIVE/R SÄNGER/IN - STIMMGRUPPE _____

Der Mitgliedsbeitrag beträgt:

Normale Mitgliedschaft **85,- € p.A.**

Kinder, Schüler, Jugendliche, Studenten, Auszubildende bis max. 26 J. **42,50 € p.A.**

Familienmitgliedschaft **170,- € p.A.** (Ehepaar und deren Kinder bis max. 26 J. s. „Kinder, Schüler, Jugendliche“)

Die Satzung des Vereins erkenne ich an. Ein Austritt kann nur zum 31. Dezember eines Jahres erfolgen. Voraussetzung dafür ist, dass die Austrittserklärung bis 30. September schriftlich dem Verein zugeht. Die Hinweise zur **Datenverarbeitung** habe ich zur Kenntnis genommen. Die oben ausgefüllten Daten werden für die vereinsinterne Kommunikation und für die Adressliste im Mitgliederbereich auf der Webseite verwendet.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds oder des gesetzl. Vertreter

Erteilung eines Mandats zum Einzug von SEPA-Basis-Lastschriften:

Zahlungsempfänger: Städtischer Konzertchor Winfridia Fulda e.V. – Schimmelstraße 14 - 36043 Fulda
Gläubiger-ID-Nr.: DE60ZZZ00000389411

Kontoinhaber: Name und Anschrift wie oben

abweichender Kontoinhaber: Name:

Vorname:

PLZ:

Straße:

IBAN:

BIC:

Name der Bank/Sparkasse:

Mandat für Einzug von SEPA-Basis-Lastschrift: Ich/Wir ermächtige/n den Städtischen Konzertchor Winfridia Fulda e.V. Zahlungen vom o. g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Städtischen Konzertchor Winfridia Fulda e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Dieses Mandat gilt für wiederkehrende Zahlung.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Bankverbindung: Sparkasse Fulda IBAN: DE36 5305 0180 0041 0204 72 - BIC: HELADEF1FDS