



BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein:

Vereinsname: Mütter – und Familienzentrum Löwenzahn e. V.

Eintrittsdatum: _____

Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Mitgliedsbeitrag

☐ Regelbeitrag: 31,00 €

☐ Ermäßigter Beitrag (Alleinerziehende): 23,00 €

Fälligkeit: Der Jahresbeitrag ist jeweils zum **20. Januar** eines Jahres fällig.

Ich erkenne die Satzung und Beitragsordnung des Vereins an, die gültige Satzung habe ich auf Wunsch erhalten.

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke ein.

Datum, Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den oben genannten Verein, den fälligen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto widerruflich mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen.

Name des Kontoinhabers: _____

IBAN: _____

BIC (optional): _____

Kreditinstitut: _____

Datum, Unterschrift