

Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage(n) wir (ich) die Mitgliedschaft:

Vorname, Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

Familienmitglieder:

Vorname	Nachname	Geburtstag des Kindes	sehbehindert	blind	merh. beh.	Art der Behinderung / Erkrankung:
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Der Jahresbeitrag beträgt 50,- €.

Ich bin bereit einen erhöhten Beitrag von _____ € zu zahlen.

Die Mitgliedschaft beginnt mit Eingang des Antrages beim Vorstand. Die Mitgliedschaft beinhaltet automatisch den Erhalt der Vereinszeitschrift "Die Lupe". Die BEBSK e.V. ist im Vereinsregister Düren unter der Gläubiger-Identifikationsnummer **DE94ZZZ00000977977** registriert und als gemeinnützig anerkannt. Beiträge und Spenden können steuerlich geltend gemacht werden.

Hinweis zum Datenschutz: Ihre Adressdaten werden auf einer DV-Anlage zur Mitgliederverwaltung unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften des Datenschutzes vertraulich gespeichert. Wir würden gerne in unserer Vereinszeitschrift Ihren Eintritt in unseren Verein veröffentlichen.

Wir sind mit der Veröffentlichung nicht einverstanden.

Datum, Ort und Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den Bepsk e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Bepsk e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: _____

Kreditinstitut: _____ BIC: _____ | _____

IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.