

# Beitrittserklärung Förderverein zum Erhalt der Steinfurter Bäder e.V.



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum »Förderverein zum Erhalt der Steinfurter Bäder e.V.«

Die Beschlüsse der Gründungsversammlung über Vereinszweck und Vereinsnamen werden von mir ausdrücklich anerkannt. Ich verpflichte mich zur Zahlung eines Jahresbeitrags gemäß der beschlossenen Beitragsstaffel.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon / Telefax.: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Gewünschte Mitgliedschaft** (bitte ankreuzen):

**akt. Jahresbeitrag lt. gültiger Beitragsordnung (Stand 2006)**

Erwachsener / juristische Person	8,00 Euro
Jugendlicher *)	4,00 Euro
Familie	20,00 Euro

\*) bis 18 Jahre, Schüler, Studenten, Auszubildende

Ich bin damit einverstanden, dass der Beitrag jährlich von meinem Konto abgebucht wird.

**Bankverbindung bitte auf der Folgeseite ausfüllen !!**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Ich möchte eine Spende leisten:**

Spende (ab 50,00 Euro Spendenquittung): \_\_\_\_\_ Euro

Ich bin damit einverstanden, dass die Spende von meinem Konto abgebucht wird.

**Bankverbindung bitte auf der Folgeseite ausfüllen !!**

Ich überweise den Beitrag auf eines der unten angegebenen Konten.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Beitrittserklärung bitte an:** Förderverein zum Erhalt der Steinfurter Bäder e. V.  
Gräfin-Bertha-Straße 13, 48565 Steinfurt

Vorsitzender: Achim Schürmann

Stellvertreter: Ralf Brachmann

Bankverbindung:

Kreissparkasse Steinfurt  
VR-Bank Kreis Steinfurt

IBAN DE22 4035 1060 0072 5258 76  
IBAN DE92 4036 1906 1104 0008 00

(BIC WELADED1STF)  
(BIC GENODEM11BB)

# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment  Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address**

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: