



Kulturverein Lengede e.V.

Aufnahmeantrag

Einzelmitgliedschaft

Familienmitgliedschaft

Frau

Herr

NAME

VORNAME

STRASSE

POSTLEITZAHL ORT

GEBURTSDATUM EINTRITTSDATUM

TELEFON

EMAIL-ADRESSE

Außerdem bitte ich die folgenden Familienmitglieder aufzunehmen:

1. NAME, VORNAME GEBURTSDATUM

2. NAME, VORNAME GEBURTSDATUM

3. NAME, VORNAME GEBURTSDATUM

Der Beitrag beträgt z. Zt.: **EUR 8,00** pro Jahr (Einzelmitgliedschaft)
EUR 12,00 pro Jahr (Familienmitgliedschaft)
Kinder bis 18 Jahre sind beitragsfrei.

Lengede, _____ Unterschrift: _____

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, den von mir/uns zu leistenden Beitrag für den **Kulturverein Lengede e.V.** bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres nachfolgend aufgeführten Kontos durch **SEPA-Lastschrift** einzuziehen.

IBAN	BIC
DE	

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

ORT, DATUM

ZAHLUNGSPFLICHTIGER