Absender:

Name: _____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____

An den
Verein zur Förderung sehgeschädigter Kinder und
Jugendlicher in Schleswig-Holstein e.V.
Lutherstr. 14

24837 Schleswig

Beitrittserklärung

Hiermit stelle(n) ich / wir den Antrag Mitglied im „Verein zur Förderung sehgeschädigter Kinder und Jugendlicher in Schleswig-Holstein e.V." zu werden.

Der Familienbeitrag in Höhe von _____ € (individuell wählbar, mindestens 30,- Euro/Jahr) wird von mir / uns durch Lastschriftauftrag einmal jährlich entrichtet.

Alternativ kann auch auf das nachstehende Konto überwiesen werden:
Förde-Sparkasse Kiel, IBAN DE59210501700090005398, BIC NOLADE21KIE

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon/Fax: _____ Email: _____

weitere Familienangehörige: _____

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass meine / unsere Anschrift mit Telefonnummer anderen interessierten Vereinsmitgliedern zur Verfügung gestellt werden kann.
Bitte ankreuzen: ☐ ja ☐ nein

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

Lastschriftauftrag
Hiermit beauftrage/n ich / wir den „Verein zur Förderung sehgeschädigter Kinder und Jugendlicher in Schleswig-Holstein e.V." bis auf Widerruf den fälligen Jahresbeitrag mittels Lastschrift von meinem / unserem nachstehenden Konto einzuziehen:

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Name, Ort des Kreditinstituts: _____

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift