

Hiermit beantrage ich,

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ	Wohnort
Telefon	FAX	E-Mail
Ort, Datum	Unterschrift	

die Aufnahme einer Mitgliedschaft in den

Freundeskreis Lubibad e.V.

Gläubiger Identifikations-Nr. _____ Mandats-Nr. _____

Außer meiner Person sollen folgende Familienangehörige mit in den Freundeskreis

O _____	
O _____	
O _____	
Name	Vorname

Lubibad e.V. aufgenommen werden.

Die Familienmitgliedschaft beträgt mindestens ein Jahr und verlängert sich jeweils wieder um ein Jahr, wenn nicht mit einer Frist von sechs Wochen zum 30.06. d. J. oder zum 31.12. d. J. gekündigt wurde. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Freundeskreis Lubibad e.V. von meinem Konto mittels Lastschrift jährlich zum 30.6. j. Jahres den Jahresbeitrag von

☐ 12,00 Euro bzw.

☐ 18,00 Euro

einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Freundeskreis Lubibad e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

Kreditinstitut

DE ____/____/____/____/____/____
IBAN -Nr.

BIC-Code

Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers