Freunde des Angermuseums e.V.

c/o Angermuseum

Anger 18

99084 Erfurt

Beitrittserklärung (Stand 25.11.2019)

Hiermit erkläre(n) ich (wir) meinen (unseren) Beitritt zum Verein „Freunde des Angermuseums“ e.V.

.......................................................................................................................................................

Name Vorname Titel

…………………………………………………………………….………………………:……………….

Telefon Nr. Email-Adresse (wenn eingetragen: Vereinspost wird per Email zugestellt)

........................................................................................................................................................

Straße PLZ /Wohnort Geburtstag

Jahresbeitrag **Rentner, Studenten, Arbeitslose** 29,00 EUR 􀂅 Bitte ankreuzen

 oder

Jahresbeitrag **Einzelmitgliedschaft**  43,00 EUR 􀂅 Bitte ankreuzen

 oder

Jahresbeitrag **Familienmitgliedschaft** 58,00 EUR 􀂅 Bitte ankreuzen

 Name des Partners/der Partnerin..........................................................geb. \_\_ . \_\_ . \_\_

 Name des Kindes/der Kinder.................................................................geb. \_\_ . \_\_ . \_\_

 Name des Kindes/der Kinder.................................................................geb. \_\_ . \_\_ . \_\_

.................................................... ................................................................

Ort/Datum Unterschrift

**Erteilung des SEPA-Lastschriftmandates**

*Zahlungsempfänger:* **Freunde des Angermuseums e.V., c/o Angermuseum, Anger 18, 99084 Erfurt**

*Gläubiger-Identifikationsnummer:* **DE32ZZZ00000475275**

*Mandatsreferenz**(Vom Zahlungsempfänger auszufüllen):* **FDAMeV-Mitgliedsnummer-􀂅􀂅􀂅**

*SEPA-Lastschriftmandat:*Ich ermächtige (A) den Zahlungsempfänger, die Freunde des Angemuseums e. V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) ………………………………………………………………….

Straße | Hausnummer ………………………………………………………………….

Postleitzahl | Ort ………………………………………………………………….

*IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen) | BIC des Zahlungspflichtigen (max. 11)*

DE \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Vor dem Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

.................................................... ................................................................

Ort/Datum Unterschrift des/der Zahlungspflichtigen