

Mitgliedsantrag



Ambulanz Rosenheim e.V.

Wir freuen uns, dass **Du Dich** dazu entschieden hast, dem **VEREIN**

beizutreten. Dazu müsstest du bitte noch das folgende Formular vollständig ausfüllen.

PERSONENDATEN

Name:	_____	Vorname:	_____
Straße:	_____	Nr.:	_____
PLZ:	_____	Ort:	_____
Telefon:	_____	Mobiltelefon:	_____
E-Mail:	_____		
Geburtsdatum:	_____	T-Shirt Größe:	_____
Eintritt (Datum):	_____	Austritt:	_____
Hosen Größe:	_____	Schuh Größe:	_____

Ortsgruppe wählen:

MITGLIEDSBEITRAG

Zahlungsweise: SEPA-Lastschriftinzug:

Hiermit ermächtige ich **VEREIN** den Jahresbeitrag in Höhe von **Betrag €12.- (Stand 11/2011)** jährlich im Voraus zu SEPA-Lasten meines Kontos bis auf Widerruf einzuziehen:

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Kontoinhaber (Druckbuchstaben)

Mit dieser Erklärung trete ich dem **VEREIN** bei, und erkenne die Satzung an. Durch den Beitritt entstehen gegenüber dem **VEREIN** keinerlei finanzielle, materielle sowie sonstige Forderungsansprüche. Die Mitgliedschaft kann jeweils zum 30.11 des Jahres gekündigt werden. Eine Rückerstattung von bereits gezahlten Beträgen ist nicht möglich. Der Vorstand von **VEREIN** behält sich das Recht vor, Mitglieder in begründeten Ausnahmefällen auszuschließen.

Ort, Datum, Unterschrift (Bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten)