

Beitrittserklärung Ambulanz Rosenheim e.V.



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum **VEREIN** als **FÖRDERNDES/PASSIVES** Mitglied:

Name, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

Plz., Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnr.: _____

E-Mail (optional): _____

Ich möchte gerne einen jährlichen Beitrag (**mind. 50 €**) von _____ Euro bezahlen.
Hiermit ermächtige die **Ambulanz Rosenheim e.V.** den vorgenannten Betrag
 monatlich jährlich halbjährlich im Voraus zu Lasten meines Kontos

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

bis auf Widerruf per SEPA-Lastschrift einzuziehen.

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 VOM VEREIN behält sich das Recht vor, Mitglieder in begründeten Ausnahmefällen auszuschließen.

Ort, Datum, Unterschrift