

An
Park der Sinne e.V.
Marktplatz 13
30880 Laatzen

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Park der Sinne e.V. und zahle folgenden Jahresbeitrag:

<input type="checkbox"/> Einzelmitglied	30,00 €	<input type="checkbox"/> Arbeitslos, Azubi	20,00 €
<input type="checkbox"/> Familie	46,00 €	<input type="checkbox"/> Juristische Personen	128,00 €

Mitglied Name, Vorname Geburtsdatum

Familienmitglied Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer PLZ Wohnort

Telefon Email

Datum Unterschrift

Ermächtigung zum Einzug des Mitgliedsbeitrags durch Lastschrift

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den Park der Sinne e.V. widerruflich, den von mir/uns zu entrichtenden Jahresbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Girokontos durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Institutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

IBAN BIC
oder _____
Girokonto-Nr.:

Bankleitzahl Bank

Name des/der Kontoinhaber(s)

Ort, Datum Unterschrift(en)