

Bitte in Druckbuchstaben deutlich ausfüllen!  
**Verein zur Pflege von Volks- u. Brauchtum e.V.**  
**„Narrenverein Griesebigger“**



**Mitglieds-Aufnahme-Antrag mit SEPA-Lastschriftmandat**

Mitglieds\_Nr.: \_\_\_\_\_

Familien-Nr.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
 (Datum) (Unterschrift)

Bei Jugendlichen unter 18 Jahren Unterschrift der Eltern bzw. der Erziehungsberechtigten.

**Weitere Familienangehörige:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Mitgliedschaft beim Narrenverein Griesebigger e. V. in folgender Abteilung**

Abteilung

- Maskengruppe
- Schalmeien
- Garde
- Komitee
- Programmausschuß
- Passive

Jahresbeitrag:

- Garde 10,00 €
- Erwachsene 30,00 €
- Familien 45,00 €
- Passive 10,00 €

Die Beiträge werden im SEPA-Lastschriftverfahren erhoben. Es erfolgt keine Rechnungsstellung

Eine Änderung der Beiträge ist vorbehalten. Die Mitgliedschaft kann nur schriftlich zum Jahresende gekündigt werden.

Die Satzung vom Narrenverein Griesebigger wird von mir durch unterzeichnung des SEPA-Mandats anerkannt.

**Erteilung eines Mandats zum Einzug von SEPA-Lastschriften**

Zahlungsempfänger: Verein z.Pflege v. Volks- u. Brauchtum, „Narrenverein Griesebigger“ e.V

Gläubiger-ID-Nr. DE43ZZZ00001487563

Mandatsreferenz Nr.: (wird nachgereicht)

Vorname / Name des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kreditinstitut Name \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_\_

Ich / Wir ermächtige/n den Zahlungsempfänger N.V. Griesebigger e.V., Zahlungen vom o.g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom N.V. Griesebigger e.V., auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Mandat gilt für Wiederkehrende Zahlung

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des / der Kontoinhaber \_\_\_\_\_

11/2019