



Bürgerkomitee „Rettet die Altstadt Stralsund“ e. V.

Frankendamm 67a - 18439 Stralsund - Tel. 03831 / 43 48 400 - kontakt@buergerkomitee-stralsund.de

- Mitgliedsantrag -

Ich möchte Mitglied werden im Bürgerkomitee „Rettet die Altstadt Stralsund“ e. V.

Name

Vorname

Straße

PLZ Wohnort

Telefon Fax

Email

Alter Beruf

Bei Firmen: Firmenname, Adresse

.....
.....

§3 Satzung: Mitgliedschaft

1. Mitglied des Vereins kann jede natürliche Person und jede juristische Person des privaten und öffentlichen Rechts werden.
2. Der Beitritt ist schriftlich gegenüber dem Vorstand zu erklären. Dieser entscheidet über die Aufnahme. Bei Ablehnung ist die Berufung an die Mitgliederversammlung gegeben.

Beitrag pro Jahr (bitte ankreuzen)

☐ Beitrag 60,- € (bei Ehepaaren 110,- €)

☐ Studenten, Schüler 24,- €

☐ Rentner 36,- € (bei Ehepaaren 66,-€)

☐ Firmenbeitrag 120,- €

☐ Einzugsermächtigung
(Siehe Rückseite)

☐ per Überweisung
Sparkasse Vorpommern
DE98 1505 0500 0100 0697 20

Ort, Datum

Unterschrift

.....

.....

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:
Bürgerkomitee „Rettet die Altstadt Stralsund“ e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer:

Frankendamm 67a

Postleitzahl und Ort:

18439 Stralsund

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE70ZZZ00000472069

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

Zahlungsart:

☐ Wiederkehrende Zahlung

☐ Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

DE

BIC (8 oder 11 Stellen):

DE

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):