



Beitrittserklärung

Zum _____ (Datum) trete ich dem
Frauen- und Mütterzentrum COURAGE Neu Wulmstorf e.V. als ordentliches / förderndes (*) Mitglied bei, und
verpflichte mich zu einem Monatsbeitrag von _____ EURO. (*Nichtzutreffendes bitte streichen)

Der monatliche Beitrag als ordentliches Mitglied beträgt 3 EURO laut Beschluss der Mitgliederversammlung 2001. Die Mitgliedschaft ist unbefristet. Der Austritt muss schriftlich mit vierwöchiger Frist zum Monatsende erfolgen.

Mit der Speicherung meiner Daten auch in elektronischer Form bin ich einverstanden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Neu Wulmstorf, den _____

(Unterschrift)

BITTE IN BLOCKSCHRIFT

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ : _____ Wohnort: _____

Geburtstag: _____ Tel.: _____ Email: _____

erlernter Beruf: _____ ausgeübter Beruf: _____

Um Kosten zu sparen, bitten wir um Ihr widerrufliches SEPA-Lastschriftmandat. Sie können selbstverständlich auch überweisen oder bar einzahlen. Unsere Bankverbindung lautet:
Sparkasse Harburg-Buxtehude, IBAN: DE64 2075 0000 0028 0052 62, BIC: NOLADE21HAM

SEPA-Lastschriftmandat Gläubiger-Identifikationsnummer DE90ZZZ00000408659

Ich ermächtige Courage e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Courage e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Vor- und Nachname des Kontoinhabers:

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

IBAN DE _ _ _ _ _

BIC _____

Neu Wulmstorf, den _____

(Unterschrift Kontoinhaber)

Sollte eine Abbuchung nicht möglich sein, gehen eventuell anfallende Kosten zu Ihren Lasten.