****

**Vogtländischer Flößerverein Muldenberg e.V.**

**Klingenthaler Str. 3**

**08223 Grünbach OT Muldenberg**

**Beitrittserklärung**

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Vogtländischen Flößerverein Muldenberg e.V. als

|  |
| --- |
|  |

Mitglied

|  |
| --- |
|  |

Fördermitglied

Beginn der Mitgliedschaft: .......................................................... (i.d.R. der 1.1. des Jahres)

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: |  |
| Straße und Hausnummer: |  |
| PLZ / Ort: |  |
| Telefon: |  |
| Geburtsdatum: |  |
| E-Mail: |  |

Ein Exemplar der geltenden Satzung finde ich auf der Website des Vereins [(www.floesser-verein.de)](http://www.floesser-verein.de).

Ich erkenne die Satzung des Vereins an und werde den Verein in der Verwirklichung seiner Ziele unterstützen.

Der Mitgliedsbeitrag richtet sich nach der derzeit gütigen Satzung. Er ist bis spätestens 31.03. des laufenden Jahres (vorzugsweise per SEPA-Lastschrifteinzug – siehe Rückseite) zu bezahlen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Ort Unterschrift Unterschrift gesetzl. Vertreter

bei Minderjährigen

**SEPA-Lastschriftmandat**

**zum Einzug des Mitgliedsbeitrages**

**des Vogtländischen Flößerverein Muldenberg e.V.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:** | Vogtländischer Flößerverein Muldenberg  Klingenthaler Str. 3  08223 Grünbach OT Muldenberg |
| **Gläubiger Identifikationsnummer** | DE46ZZZ00001183608 |
| **Mandatsreferenznummer** | Die persönliche Mandatsreferenz wird Ihnen rechtzeitig vor der ersten Lastschrift mitgeteilt. |
| Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger bis auf Widerruf, die jährliche Zahlung des Mitgliedsbeitrages von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.  Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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 (jeweils bis 31.03. des laufenden Jahres) |
| **Name des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)** | 🖍 |
| **Anschrift des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers)** | 🖍 |
| **IBAN des/der Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen):** | 🖍  DE\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ |
| **BIC (8 oder 11 Stellen):** | 🖍 |

|  |  |
| --- | --- |
| 🖍 | 🖍 |
| **Ort, Datum** | **Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)** |