



Alkohol.
Kein Schluck.
Kein Risiko.



FASD Netzwerk Nordbayern e.V.
Vorstand
Postfach 12
91088 Bubenreuth

Bankverbindung:
Sparkasse Erlangen
Konto 600 425 41
BLZ 763 500 00
IBAN: DE 20 7635 0000 0060 0425 41
BIC: BYLADEM1ERH

Tel. 0 91 33 / 98 16
Fax 0 91 33 / 97 69
E-Mail info@fasd-netz.de
Website www.fasd-netz.de

Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein **FASD Netzwerk Nordbayern e.V.**

- als **Vollmitglied mit einem jährlichen Mitgliedsbeitrag von 30,00 Euro**
- als **Fördermitglied mit einem jährlichen Beitrag von _____ Euro (mindestens 20,00 Euro)**

Name, Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon Festnetz, mobil

E-Mail

Beruf (freiwillige Angabe)

Die Mitgliedschaft beginnt mit Bestätigung durch den Vorstand.
Beitragsjahr ist das Kalenderjahr. Die Mitgliedsbeiträge sind im Voraus für das laufende Kalenderjahr zu entrichten und werden per Lastschrift eingezogen. Eine Minderung für abgelaufene Monate ist nicht möglich. Ein Antrag an den Vorstand auf Ermäßigung kann gestellt werden. Die Kündigung kann nur schriftlich zum Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen und erfordert die Schriftform.

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des BDSG bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten zu erhalten. Vorstehende Daten werden nur im Rahmen der Erforderlichkeit von Abrechnung und Betreuung der Vereinsmitgliedschaft erfasst bzw. verarbeitet.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins FASD Netzwerk Nordbayern e.V. an.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte wenden!



Alkohol.
Kein Schluck.
Kein Risiko.



SEPA-Lastschriftmandat

Unsere Gläubiger-ID: DE76ZZZ00001181322

Ihre Mandatsreferenz _____ (wird vom Verein eingetragen)

Ich ermächtige den Verein FASD Netzwerk Nordbayern e.V. widerruflich, den Mitgliedsbeitrag jährlich im Voraus von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom FASD Netzwerk Nordbayern e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Sollte das Konto nicht die erforderliche Deckung aufweisen oder dem Einzug ohne berechtigten Grund widersprochen werden, werden 10,- € Bearbeitungsgebühr für den damit verbundenen Aufwand berechnet.

Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Konto

Bankleitzahl

Bank

IBAN (22 Stellen)

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

BIC (8 oder 11 Stellen)

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

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte wenden!