|  |  |
| --- | --- |
| Antrag auf Mitgliedschaftim Regionalbündnis Soonwald-Nahe e.V. | **An:**  Dr. Rainer Lauf  Louvresstraße 8  55566 Bad Sobernheim  Fax 067511226 |

**Ich möchte Mitglied im Regionalbündnis Soonwald-Nahe e. V. werden.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname** |  |
| **Geburtsdatum** |  |
| **Straße** |  |
| **PLZ, Ort** |  |
| **Telefon** |  |
| **eMail** |  |
| **Beruf oder Branche** |  |
| **Ort, Datum** | **Unterschrift** |

**SEPA-Lastschriftmandat**

**Gläubiger-Identifikationsnummer** Regionalbündnis Soonwald-Nahe e.V.: **DE71ZZZ00000230909**

**Mandatsreferenz:** Wird Ihnen mit der Aufnahmebestätigung mitgeteilt

Ich ermächtige das Regionalbündnis Soonwald-Nahe e.V., den jeweils jährlich zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag (15,00 EUR/Jahr) mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Regionalbündnis Soonwald-Nahe e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Zahlungsart** | Wiederkehrende Zahlung |
| **Kontoinhaber/in** (Name)  Falls nicht identisch mit Antragsteller/in |  |
| **Kreditinstitut** (Name) |  |
| **IBAN** | **DE \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_** |
| **Ort, Datum** | **Unterschrift** |