



MITGLIEDSANTRAG

ALS – DER WUNSCH ZU LEBEN e.V.

Registernummer & -gericht: VR 201352

Niedersachsen Amtsgericht Oldenburg

1. Vorsitzender: Dieter Melka

Odenthalstraße 5 - 47807 Krefeld

Email: info@als-verein.de

www.als-verein.de

An:

ALS – DER WUNSCH ZU LEBEN e.V.

1. Vorsitzender: Dieter Melka

Odenthalstraße 5

47807 Krefeld

Beitrittserklärung in den Verein ALS – DER WUNSCH ZU LEBEN e.V.

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-mail:

die Mitgliedschaft im Verein ALS – DER WUNSCH ZU LEBEN e.V.

zum Jahresbeitrag von:

_____ € (Wunschbetrag)

36,00 €

60,00 €

20,00 € (nur für Fördermitglieder)

Ein Fördermitglied ist stimmberechtigt,
jedoch nicht antragsberechtigt für Leistungen.

Zahlungstermin: jährlich zum 01.01., halbjährlich zum 01.01. und 01.07.

Für die Mitgliedschaften gelten die Satzung und die Ordnungen des Vereins. Diese erkenne ich mit meiner Unterschrift an.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Verein die von mir gemachten Angaben im Rahmen der Mitglieder-
verwaltung speichert und sie ausschließlich für vereinsinterne Zwecke verwendet.

Ort / Datum, Unterschrift

Ges. Vertreter bei Minderjährigen



MITGLIEDSANTRAG

ALS – DER WUNSCH ZU LEBEN e.V.

Registernummer & -gericht: VR 201352

Niedersachsen Amtsgericht Oldenburg

1. Vorsitzender: Dieter Melka

Odenthalstraße 5 - 47807 Krefeld

Email: info@als-verein.de

www.als-verein.de

Hinweise zum Aufnahmeverfahren als Mitglied des Vereins

Der Antrag wird durch den Vorstand des Vereins geprüft. Bei Aufnahme in den Verein erhält der Antragsteller eine Aufnahmebestätigung. Die Mitgliedschaft ist personenbezogen und nicht übertragbar. Die Mitgliedschaft beginnt mit der ersten Zahlung des Mitgliedsbeitrages.

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Hiermit ermächtige ich den Zahlungsempfänger *ALS – DER WUNSCH ZU LEBEN e.V.*, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger *ALS – DER WUNSCH ZU LEBEN 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name, Vorname des Kontoinhabers:

Straße:

PLZ, Ort:

IBAN:

BIC:

Name der Bank:

Ort / Datum, Unterschrift Kontoinhaber

SPENDENKONTO: Volksbank Krefeld | **BIC** GENODED1HTK | **IBAN** DE94 3206 0362 2185 9450 17