



BEITRITTSERKLÄRUNG

**GF Goeldner Foundation e.V.
Berliner Str. 2
24768 Rendsburg**

Register-Nr.: VR 6677 KI

Hiermit erkläre ich ab dem meinen Beitritt als Mitglied im Verein GF Goeldner Foundation e.V.

Mitgliedsdaten:

Vorname:

Nachname:

Schüler/Student ja/nein

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Wohnort:

Geburtsdatum:/...../.....

Telefon Festnetz:

Telefon/ Mobil:

E-Mail:

Spendenbescheinigung ja/nein

Mit der Speicherung meiner Daten im Rahmen der Satzung bin ich einverstanden.

Jährliche Beiträge:

Der Mitgliedsbeitrag ist jedes Jahr zu folgendem Zeitpunkt fällig: 03. Januar.

Der Mitgliedsbeitrag für das erste Mitgliedsjahr erfolgt in voller Höhe unabhängig vom Eintrittsdatum.

Schüler und Studenten bis 27 Jahre: 25,00 € (fünfundzwanzig Euro)

Erwachsene: 50,00 € (fünfzig Euro)

Bankverbindung des Vereins GF Goeldner Foundation e.V.

Bitte überweisen Sie den Mitgliedsbeitrag auf folgendes Konto:

Kreditinstitut:	Förde Sparkasse
Kontoinhaber:	GF Goeldner Foundation e.V.
Verwendungszweck:	Mitgliedsbeitrag
IBAN:	DE44 2105 0170 1003 0587 14
BIC:	NOLADE21KIE

Der Vereinsbeitrag kann auch in bar entrichtet werden.

Die Daten werden von der Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

GF Goeldner Foundation e.V.
Berliner Str. 2
24768 Rendsburg

Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE18ZZZ00002056918

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

[Name des Zahlungsempfängers]

Ich/Wir ermächtige(n)

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

D E

Ort, Datum

Unterschrift(en)

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.