



Waldbühne Kloster Oesede

GEORGSMARIENHÜTTE

Klößnerstr. 1
49124 Georgsmarienhütte
1. Vorsitzender: Thomas Snöink
Email: vorstand@waldbuehne-kloster-oesede.com

An den Vorstand der
Waldbühne Kloster Oesede e.V.
Klößnerstr. 1
49124 Georgsmarienhütte

Datum:.....

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein „Waldbühne Kloster Oesede e.V.“. Ich erkenne die aktuelle Satzung an und werde einen Jahresbeitrag entrichten von:

€

Derzeitige Beitragssätze: Kinder/Jugendliche: € 9,-; Erwachsene: € 18,-; Familien: € 30,-

Für folgende Person/en beantrage ich die Einzel- Familien –Mitgliedschaft:

Name:			
Vorname:	1	2	3
Geb. Datum:			

Name:			
Vorname:	4	5	6
Geb. Datum:			

Meine/unsere Anschrift:

Straße/Hausnummer:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	Email:

Der Jahresbeitrag wird gemäß beiliegendem Lastschriftmandat per SEPA-BASIS-Lastschrift jährlich am 01.03. eingezogen.

Der Verein ist berechtigt, meine Daten unter Berücksichtigung der jeweils geltenden Datenschutzbestimmungen ausschließlich für den Zweck des Vereins in schriftlicher und elektronischer Form zu speichern. Eine Weitergabe an Dritte ist nicht erlaubt.

Ort, Datum.....Unterschrift.....

Bei Minderjährigen: Unterschrift eines Erziehungsberechtigten.....

PS: Laut Satzung entscheidet der Vorstand in einer seiner nächsten Sitzungen über die vorliegenden Mitgliedsanträge.

1.Vorsitzender: Thomas Snöink
Steuer-Nr.: 65/270/09775 Finanzamt Osnabrück-Land
Vereinsregister-Nr.: VR 110457 Amtsgericht Osnabrück
IBAN: DE12265501051623403324
BIC: NOLADE22XXX



Waldbühne Kloster Oesede e.V.
Klöcknerstr. 1
49124 Georgsmarienhütte

Email: vorstand@waldbuehne-kloster-oesede.com

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE53ZZZ00000409034

Mandatsreferenz: _____
-Wird vom Verein ausgefüllt-

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verein Waldbühne Kloster Oesede e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Waldbühne Kloster Oesede e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstiut (Name und BIC)

IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Datum, Ort und Unterschrift