

An
Park der Sinne e.V.
c/o Saxowsky
Brunirode 76

30880 Laatzen

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Park der Sinne e.V. und zahle folgenden Jahresbeitrag:

<input type="checkbox"/>	Einzelmitglied	30,00 €	<input type="checkbox"/>	Arbeitslos, Azubi	20,00 €
<input type="checkbox"/>	Familienmitgliedschaft	46,00 €	<input type="checkbox"/>	Juristische Person	128,00 €

Mitglied Name	Vorname	Geburtsdatum
---------------	---------	--------------

Familienmitglied	Vorname	Geburtsdatum
------------------	---------	--------------

Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort
--------------------	-----	---------

Telefon	Email
---------	-------

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Ermächtigung zum Einzug des Mitgliedsbeitrags durch Lastschrift

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den Park der Sinne e.V. widerruflich, den von mir/uns zu entrichtenden Jahresbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Girokontos durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Institutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

IBAN	BIC
------	-----

Bank

Name des Kontoinhabers / der Kontoinhaberin

Ort, Datum	Unterschrift(en)
------------	------------------