



Mitgliedschaftsantrag

Hiermit melde ich/melden wir uns verbindlich als Mitglied an:
(Bitte entsprechendes ankreuzen)

Privatmitgliedschaft

- Einzelpersonen 24 €/Jahr
 Familien 48 €/Jahr

Firmenmitgliedschaft

- Silber 250 €/Jahr
 Gold 500 €/Jahr
 Platin 1.000 €/Jahr

Kontaktdaten

Firma (entfällt bei Privatpersonen)

Vor-/Nachname

E-Mail

Straße

Hausnr.

PLZ

Ort

Bankverbindung

Kontoinhaber

Bank

IBAN

BIC

Bitte buchen Sie den Jahresbetrag in Höhe von _____ € jährlich von unserem/meinem Konto ab.

- Ich möchte/Wir möchten zusätzlich einen einmaligen / jährlichen Betrag in Höhe von _____ € als Sponsor spenden. Bitte buchen Sie diesen Betrag zusammen mit dem Jahresbeitrag von unserem Konto ab.

- Ich möchte/Wir möchten **nicht** auf der Webseite oder sonstigen Veröffentlichungen als Mitglied mit unserem Namen genannt werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie diesen Antrag mit dem ausgefüllten SEPA-Lastschriftmandat zurück an:

Grenzenlose Region - Förderverein Landesgartenschau 2018 Bad Iburg e.V.

Rathausstraße 7, 49186 Bad Iburg oder per E-Mail an info@landesgartenschau-badiburg-foerderverein.de

Die Kündigung der Mitgliedschaft ist mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf eines vollen Jahres nach Einzahlung des jeweiligen Jahresbetrages möglich. Wir versichern Ihnen einen vertrauensvollen Umgang mit Ihren personen- gebundenen Daten gemäß BDSG.



SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers:

Grenzenlose Region – Förderverein Landesgartenschau 2018 Bad Iburg e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers:

Rathausstraße 7, 49186 Bad Iburg, Deutschland

Gläubiger Identifikationsnummer:

DE 83ZZZ00001403326

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

--

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Grenzenlose Region – Förderverein Landesgartenschau 2018 Bad Iburg e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Grenzenlose Region – Förderverein Landesgartenschau 2018 Bad Iburg e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart

Wiederkehrende Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

--

Vor-/Nachname

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

--	--

Straße

Hausnummer

--	--

PLZ

Ort

Land

--

IBAN

--

BIC

--

Datum (TT/MM/JJJJ)

Ort

--

Unterschrift