

MUSEUMS- UND GESCHICHTSVEREIN SCHRAMBERG e.V.

Vorsitzender: Annette Fuchs
Goethestr. 28, 78713 Schramberg
Email: info@museums-geschichtsverein-schramberg.de

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich erkläre meinen Beitritt zum Museums- und Geschichtsverein Schramberg e.V.

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Ort: _____

Geb.: _____ Email-Adresse: _____

Der Jahresbeitrag beträgt **z.Zt. 25,00 €** und wird jährlich mittels SEPA-Lastschrift von Ihrem Konto eingezogen.

- Zusätzlich zum Mitgliedsbeitrag bitte ich, eine jährliche Spende zur Unterstützung des Vereinszweckes in Höhe von _____ € abzubuchen. Dieser zusätzlicher Betrag kann jederzeit widerrufen werden.
- Ich möchte als Mitglied dem Arbeitskreis „Tennenbronner Heimathaus“ beitreten und meinen Beitrag entsprechend der Satzung dem Arbeitskreis zur Verfügung stellen. Auch der über den Mitgliedsbeitrag hinausgehende Betrag wird dem Arbeitskreis „Heimathaus Tennenbronn“ zur Verfügung gestellt.

Im Beitrag ist der Bezug der „D’Krüz“, der Zeitschrift des Museums- und Geschichtsverein Schramberg e.V. mit Beiträgen zur Geschichte der Stadt und Raumschaft Schramberg, die jährlich in den Tagen vor Weihnachten erscheint, enthalten.

Bei Beträgen bis 200,-- € ist der Einzahlungsbeleg als Nachweis für das Finanzamt ausreichend. Darüber hinaus werden Spendenquittungen zugesandt.

Datum: _____ Unterschrift: _____

MUSEUMS- UND GESCHICHTSVEREIN SCHRAMBERG e.V.

Vorsitzender: Annette Fuchs
Goethestr. 28, 78713 Schramberg
Email: info@museums-geschichtsverein-schramberg.de

SEPA - LASTSCHRIFTMANDAT

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE20ZZZ00000611776

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger

Museums- und Geschichtsverein Schramberg e.V.

Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Museums- und Geschichtsverein Schramberg e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Zahlungseinzug erfolgt jedes Jahr zum 15. Juni.

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:
(Kontoinhaber)

Straße:

PLZ, Ort:

IBAN:

BIC:

Datum: _____ Unterschrift Kontoinhaber: _____