Club Behinderter und ihrer Freunde im
Kreis Steinfurt und Umgebung e.V.
Thiemauer 42, 48431 Rheine

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum „Club Behinderter und ihrer Freunde im Kreis Steinfurt und Umgebung e.V.“ (CeBeeF Kreis Steinfurt).

Name: _____Vorname: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____ Straße: _____Nr.:____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____ Mobil:_____

Mailadresse:_____@_____

Ich wünsche ( ) Einzelmitgliedschaft / ( ) Familienmitgliedschaft. Die Höhe der finanziellen Zuwendungen bestimme ich selbst. Auf Wunsch wird mir eine Spendenbescheinigung zugeschickt.
(Bis zu einem Betrag von 200,-- € genügt für den steuerlichen Nachweis der Einzahlungsbeleg.)

_____
Ort, Datum Unterschrift

Einzugsermächtigung (SEPA-Lastschriftmandat)

Name, Vorname: _____
Anschrift: _____

( ) Ich erteile kein Lastschriftmandat, sondern zahle/überweise meine Zuwendung nach eigenem Gutdünken.
( ) Ich ermächtige den CeBeeF Steinfurt e.V. (Gläubiger-ID DE80ZZZ00000210086), meine Jahreszuwendung in Höhe von _____ € bis auf Widerruf mittels Lastschrift zum 01.03. eines jeden Jahres von meinem Girokonto einzuziehen:

_____ | D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
(Bezeichnung des Kreditinstituts und IBAN)

Mir ist bekannt, dass ich innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann. Kosten, die mangels Kontodeckung oder Nichteinlösung entstehen, gehen zu meinen Lasten.
Ich bin einverstanden, dass im Beitrittsjahr der erste Betrag ( ) jahresanteilig / ( ) in voller Höhe meinem Konto belastet wird.

_____
Datum Unterschrift