

# Antrag auf Mitgliedschaft



Ich beantrage die Aufnahme in den Verein  
Wurzelzwerge e.V. - Waldkindergarten Meßkirch

## Mitglied

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Einzelperson    oder    Familie

Mindestbeitrag (30 bzw. 50 €/Jahr)  Betrag: \_\_\_\_\_

## (Ehe)Partner

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

**Kinder** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

aktives Mitglied    oder    passives Mitglied

Fördermitgliedschaft, endet Dezenber \_\_\_\_\_

Für die Aufnahme in den Verein ist der Vorstand zuständig (1. Vorstand: ThomasBrecht, Schwimmbadstr. 4 30, 88605 Meßkirch Telefon 01743012880, E-Mail: 1.Vorstand@Wurzelzwerge-Messkirch.de). Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich mindestens 30,00 € für Einzelpersonen; mindestens 50,00 € für Familien bzw. Lebensgemeinschaften. Die Zahlung erfolgt für das laufende, gesamte Geschäftsjahr (1. Januar bis 31. Dezember) nach Vereinseintritt, in den Folgejahren im Januar. Die Kündigung muss mit einer Frist von 6 Wochen zum Jahresende schriftlich beim Verein eingehen. Die Fördermitgliedschaft endet automatisch mit Ablauf des angegebenen Jahres. Die Satzung des Vereins erkenne ich an.

Ort / Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

## Erteilung eines Mandats zum Einzug von SEPA-Basis-Lastschriften: \_\_\_\_\_

Zahlungsempfänger: Wurzelzwerge e.V., Im Buhlen 61, 88605 Meßkirch (Michaela Eichwald, Telefon: 0 75 75 / 9 25 65 88)  
Gläubiger Identifikations-Nummer: DE43WZG00001593584

Mandatsreferenz-Nummer \_\_\_\_\_ (wird vom Verein vergeben und separat mitgeteilt)

### Kontoinhaber:

Name und Anschrift wie oben

falls abweichend

Name der Bank \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Ich/Wir ermächtigen die Wurzelzwerge e.V. Zahlungen vom o.g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Wurzelzwerge e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort / Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Kontoinhaber \_\_\_\_\_