

Mitgliedsantrag

für die Unterstützungsmemberschaft im Wertelinitiative e.V.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Unterstützungsmitglied des Wertelinitiative e.V.

Vor-, Nachname	Geburtsdatum
Straße, Nr.	PLZ, Ort
E-Mail	Tel./Mobil

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, die Satzung gelesen zu haben, sie anzuerkennen, meinen Lebensmittelpunkt in Deutschland zu haben und zur Kenntnis genommen zu haben, dass ich laut Satzung als Unterstützungsmitglied auf der Mitgliederversammlung kein Stimmrecht habe.

<p>Mindestens eines trifft zu: Ich...</p> <p><input type="checkbox"/> bin Jude/Jüdin</p> <p><input type="checkbox"/> habe/hatte mindestens einen jüdischen Elternteil</p> <p><input type="checkbox"/> habe eine(n) jüdische(n) Lebenspartner(in) / Ehepartner(in) / eheähnliche(n) Partner(in)</p>	<p>Mitgliedsbeitrag</p> <p>Mindestbeitrag 19€ + Beitrag erhöhen als Spende (freiwillig) € per</p> <p>pro Jahr</p> <p>diese Summe möchte ich...</p> <p><input type="checkbox"/> vierteljährlich</p> <p><input type="checkbox"/> halbjährlich</p> <p><input type="checkbox"/> jährlich</p> <p><input type="checkbox"/> Überweisung/ Dauerauftrag</p> <p><input type="checkbox"/> Lastschrift</p> <p>...bezahlen.</p>	<p>zusätzliche einmalige Spende (freiwillig)</p> <p>€</p>
---	--	--

Einzugsermächtigung zugunsten Wertelinitiative e.V.
Gläubiger-ID: DE40ZZZ00002083779

Hiermit ermächtige ich den Verein Wertelinitiative e.V. fällige Zahlungen, bis auf Widerruf, von meinem folgenden Konto einzuziehen.

IBAN:	Kontoinhaber/-in:
Bank:	BIC:

Sollte mein Konto zum Zeitpunkt der Beitragseinziehung nicht die erforderliche Deckung aufweisen und dem Verein durch die Zahlungsweigerung des kontoführenden Instituts Kosten entstehen, werde ich diese auf Anforderung unverzüglich erstatten. Ich kann innerhalb v. 8 Wochen, beginnend ab Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Ort, Datum

Unterschrift d. Kontoinhabers/-in

Bei Nichterteilung der Einzugsermächtigung ist der fällige Betrag nach Zusendung unserer Rechnung auf das Konto des Vereins mit der IBAN: DE63 300 60601 000 7248 513 bei der Apotheker- u. Ärztebank zu überweisen. Um Ihnen und uns unnötige Arbeit zu ersparen, bitten wir um Einrichtung eines Dauerauftrags.