

An den Vorstand
Freunde Kunstmuseum Albstadt e.V.
Kunstmuseum Albstadt
Postfach 100 125
72422 Albstadt



**FREUNDE
KUNSTMUSEUM
ALBSTADT E.V.**

AUFNAHMEANTRAG

Ich/wir beantrage/n die Aufnahme in den
Verein **Freunde Kunstmuseum Albstadt e.V.**

	Antragsteller	Ehegatte/Partner	Kind/er
Name	_____	_____	_____
Vorname	_____	_____	_____
Geburtsdatum	_____	_____	_____
Straße, Hausnr.	_____	_____	_____
PLZ,Ort	_____	_____	_____
Telefon	_____	_____	_____
E-Mail	_____	_____	_____

Der Beitrag für die Einzelmitgliedschaft beträgt jährlich 65,- €, für 18- bis 23-Jährige beitragsfrei, für 24- bis 27-Jährige 40,- €, für die Familien- oder Partnermitgliedschaft 100,- €.

Die Daten werden zum Zwecke der Mitgliederverwaltung intern und bei einem externen Datenverarbeiter für Vereinszwecke gespeichert. Mit Unterzeichnung stimmen Sie dieser Verarbeitungsform zu. Einen späteren Widerspruch bitten wir schriftlich an den Vereinsvorstand zu richten.

Ort, Datum & Unterschrift

Sie würden uns die Arbeit sehr erleichtern, wenn Sie uns eine Einzugsermächtigung erteilen würden. Einen entsprechenden Vordruck finden Sie auf der Rückseite dieses Antrags.

Freunde Kunstmuseum Albstadt e.V. | Kirchengraben 11 | 72458 Albstadt
Telefon 07431 1601491 | Fax 07431 160 1497 | info@freunde-kunstmuseumalbstadt.de

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Zahlungsempfänger
<->
Zahlungspflichtigen

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Freunde Kunstmuseum Albstadt e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Kirchengraben 11

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

72458 Albstadt

Land / Country:**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

DE90ZZZ00000777938

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

-

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Freunde Kunstmuseum Albstadt e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Freunde Kunstmuseum Albstadt 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Freunde Kunstmuseum Albstadt e.V.** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Freunde Kunstmuseum Albstadt e.V.**

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address***

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**