

# Mandolinenorchester 1927 Sessenbach e.V.

Mitglied im Bund Deutscher Zupfmusiker e.V., Mitglieds-Nr. 011006

Im Wiesengrund 7 - 56237 Sessenbach - Tel.: 02601 1301

Email: [info@Mandolinenorchester-Sessenbach.de](mailto:info@Mandolinenorchester-Sessenbach.de)  
[www.mandolinenorchester-sessenbach.de](http://www.mandolinenorchester-sessenbach.de)

Westerwald Bank eG - BLZ 573 918 00 - Kto.-Nr. 662 8001  
IBAN: DE 31 57391800 0006 6280 01 - BIC: GENODE51WW1



## **Antrag auf Vereinsmitgliedschaft**

Die Arbeit des Mandolinenorchester 1927 Sessenbach e.V. möchte ich gerne als förderndes Mitglied unterstützen. Ich beantrage die Mitgliedschaft für mindestens ein Jahr im Verein. Die Mitgliedschaft verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, sofern dem Verein nicht eine schriftliche Abmeldung bis spätestens zum 31. November des Jahres zugeht. Die Aufnahme in den Verein erfolgt vorbehaltlich der Zustimmung des Vorstandes. Persönliche Daten werden im Rahmen der Mitgliederverwaltung gespeichert.

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Geb. Datum      Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Email

\_\_\_\_\_  
Eintrittsdatum

Den Jahresbeitrag entrichte ich per Bankeinzug.

Er erfolgt bei Neumitgliedern direkt, bei Stammmitgliedern im 1. Quartal eines Jahres.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift      –      bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

-----  
Der Jahresbeitrag beträgt (bitte ankreuzen):

18 € für eine/n Jugendliche/n

oder

24 € für eine/n Erwachsene/n

oder

55 € für die ganze Familie

oder

\_\_\_\_\_ € freiwilligem Beitrag (mind. 24 €)

## SEPA - Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE48ZZZ00000732425 – die Mandatsreferenz wird vom Mandolinenorchester Sessenbach e.V. erstellt. Ich ermächtige das Mandolinenorchester Sessenbach e.V. den Jahresbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Mandolinenorchester Sessenbach e.V. von meinem Konto gezogene Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. **Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung.**

Vorname und Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort \_\_\_\_\_

Name des Kreditinstituts \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC (IBAN & BIC - Nummern finden Sie z.B. auf Ihrer BankCard) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift