



fairKULTURcafé e.V.

Eschenstr. 3, 92318 Neumarkt • Tel.: 09181 9049517

E-Mail: kontakt@immergruen-neumarkt.de

www.immergruen-neumarkt.de

Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Aufnahme im fairKULTURcafé e.V. / Café Immergrün als:

☐ **Einzelperson:** 20,- EUR/Jahr ☐ **Familie:** 30,-/Jahr ☐ **Firma/Fördermitglied**

☐ Ich unterstütze mit einem **freiwillig höheren Beitrag** von _____ EUR/Jahr.

☐ **Aktives Mitglied:** 0,- EUR/Jahr: Ich bringe mich monatlich bei Veranstaltungen ein.

Name: _____

Firma: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon/Mobil: _____

☐ Ja, ich möchte bei Signal in die Gruppe **Team Café** aufgenommen werden.

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Bei Familien: Name Partner*in: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Name Kind: _____

Geburtsdatum: _____

Name Kind: _____

Geburtsdatum: _____

Name Kind: _____

Geburtsdatum: _____

☐ Mir ist bekannt, dass ein **Austritt aus dem Verein** nur drei Monate zum Jahresende (31.12.) und nur schriftlich erfolgen kann. Die Kündigung muss bis zum 30.9. beim **fairKULTURcafé e.V.** eingegangen sein. Gemäß DSGVO weisen wir darauf hin, dass wir über Sie als Mitglied personenbezogene Daten speichern.

Datum: Neumarkt, _____

Unterschrift des Antragstellers: _____



fairKULTURcafé e.V.

Eschenstr. 3, 92318 Neumarkt • Tel.: 09181 9049517

E-Mail: kontakt@immergruen-neumarkt.de

www.immergruen-neumarkt.de

Mitgliedsbeitrag

Mitgliedsbeiträge können **nur durch Bankeinzug** bezahlt werden können. Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich am 05.05. bzw. im ersten Mitgliedsjahr bei Eintritt nach dem 01.05. des Jahres am 11.11. oder am darauffolgenden Werktag per Lastschrift eingezogen.

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE78ZZZ00002394368

Mandatsreferenz: Beitrag

Ich ermächtige das fairKULTURcafé e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom fairKULTURcafé e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name/Kontoinhaber: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers: _____

Vielen Dank. Wir freuen uns auf Euch!