

# Antrag

Ja, ich möchte Mitglied in der Kulturkommode Osterburken e.V. werden. Mit meiner Aufnahme, die mir vom Vorstand des Vereins schriftlich bestätigt wird, erkenne ich die Satzung des Vereins an. Ein Exemplar der Satzung erhalte ich jederzeit auf Nachfrage.

## Antragssteller/in:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefon

Mail

## Weitere(r) Antragssteller/in (bei Verheirateten bzw. nicht verheirateten Paaren mit gleicher Meldeadresse):

Name, Vorname

Geburtsdatum

Den zu entrichtenden jährlichen Mitgliedsbeitrag zahle ich per SEPA-Lastschrift (siehe Rückseite). Er wird immer zum 1. März des betreffenden Jahres automatisch durch den Vorstand von meinem Konto eingezogen.

Ich zahle folgenden jährlichen Mitgliedsbeitrag (Zutreffendes ankreuzen):

- Euro 16,00** für Schüler, Studenten, o.ä.
- Euro 28,00** für Einzelpersonen
- Euro 48,00** für Verheiratete bzw. nicht verheiratete Paare mit gleicher Meldeadresse

Zudem erhält jedes Mitglied pro Kalenderjahr eine Freikarte. Diese ist frei übertragbar und kann bei allen Veranstaltungen im jeweiligen Vereinsjahr eingelöst werden.

Datum

✗

Unterschrift Antragsteller

✗

Unterschrift zweiter Antragsteller, falls vorhanden

Ihren ausgefüllten Mitgliedsantrag können Sie einem Vorstandsmitglied übergeben oder an unsere angegebene Vereinsadresse senden.

# SEPA

## Lastschriftmandat

### Zahlungsempfänger:

Kulturkommode Osterburken e.V., Schubertstraße 20, 74706 Osterburken  
Gläubiger-ID: DE41ZZZ00000088665

Mandatsreferenz: **mb02**\_\_\_\_\_ (die vollständige Mandatsreferenz-Nummer wird dem Kontoinhaber mit dem Aufnahmeanschreiben mitgeteilt)

### Kontoinhaber:

Name, Anschrift wie vorgenannter Antragsteller

Abweichender Kontoinhaber:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

### Kontodaten:

IBAN

BIC

Name des Kreditinstituts

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Kulturkommode Osterburken e.V. Zahlungen von meinem / unserem oben genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Kulturkommode Osterburken 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.

Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlung.

\_\_\_\_\_  
Datum

**X**

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