

BEITRITTSERKLÄRUNG (Bitte in Druckschrift ausfüllen!)

Hiermit erkläre/n ich/wir meinen/unseren Beitritt zum Verein zur Förderung der von der Boecker-Stiftung betriebenen Altenarbeit e.V. in Form einer

☐ **privaten Mitgliedschaft mit einem jährlichen Beitrag von 24,00 €**
und einer jährlichen Spende in Höhe von _____ €
Gesamtsumme _____ €

Nachname, Vorname*: _____

Anschrift (Str., Hausnummer): _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefonnummer: _____ Fax: _____

Mobiltelefon: _____ Email: _____

Beruf: _____

☐ **Mitgliedschaft für Organisationen mit einem jährlichen Beitrag von 50,00 €**
und einer jährlichen Spende in Höhe von _____ €
Gesamtsumme _____ €

Nachname, Vorname*: _____

Funktion: _____

Firma / Organisation: _____

Anschrift (Str., Hausnummer): _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefonnummer: _____ Fax: _____

Mobiltelefon: _____ Email: _____

Ort, Datum

Unterschrift/en

* Alle Daten werden nach dem Datenschutzgesetz behandelt

☐ Ich/wir überweise/n den Mitgliedsbeitrag parallel zu dieser Erklärung und nachfolgend zum 01.01.eines jeden Kalenderjahres auf das folgende Konto:

IBAN: DE97452500350000678086 **BIC:** WELADED1WTN bei der Sparkasse Witten

oder

IBAN: DE34430601290626744300 **BIC:** GENODEM1BOC bei der Volksbank Bochum Witten.

☐ Ich/ wir erteilen eine Einzugsermächtigung/bitte SEPA-Lastschriftmandat beifügen

SEPA- LASTSCHRIFT MANDAT

Name des Zahlungsempfängers: Verein zur Förderung der von der Boecker-Stiftung betriebenen Altenarbeit e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers: Breite Str. 30, 58452 Witten

Gläubiger-Identifikationsnummer DE14ZZZ00000231256

Mandatsreferenz: _____

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Verein zur Förderung der von der Boecker-Stiftung betriebenen Altenarbeit e.V. von meinem Konto Beiträge mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Verein zur Förderung der von der Boecker-Stiftung betriebenen Altenarbeit e.V. auf mein 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.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Name des Kontoinhabers: _____

Adresse des Kontoinhabers_ _____

IBAN _____

Ort, Datum

Unterschrift (des Erziehungsberechtigten)