

von Arnim'scher Familienverband e. V. Antrag auf Mitgliedschaft



Vor- und Nachname:
Haus:Geburtsdatum:
Straße:
PLZ, Ort:
Tel.: Fax:
Mobil: Mail-Adresse:
weitere Adressdaten:

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im "von Arnim'schen Familienverband e. V."

1. gemäß § 3 Abs. 1 der Satzung (**Ordentliche Mitgliedschaft**)

- Einzelperson, erwachsen (30,00 Euro)
- Ehepaar (40,00 Euro)
- Schüler, Studenten bis 27 Jahre, nicht mehr im Beruf stehende Mitglieder (15,00 Euro)
- Ausgeheiratete Cousinen (20,00 Euro)

2. gemäß § 3a Abs. 1 der Satzung (**Außerordentliche Mitgliedschaft**)

- Einzelperson, erwachsen (25,00 Euro)
- Ehepaar (35,00 Euro)
- Schüler, Studenten bis 27 Jahre, nicht mehr im Beruf stehende Mitglieder (10,00 Euro)
- Ausgeheiratete Cousinen (15,00 Euro)

Ich bitte um Beitragsbefreiung (mit kurzer Begründung).

Für Spenden und freiwillig höhere Jahresbeiträge ist der Familienverband dankbar.

Die Satzung des Familienverbandes erkenne ich mit meiner Unterschrift an. Sollte sich meine Adresse oder Kontoverbindung ändern, werde ich diese Angaben dem Familienverband schnellstmöglich mitteilen, um dadurch Fehlleitungen und unnötige Kosten zu vermeiden.

Ich bin damit einverstanden, dass der Familienverband meine Daten in der familieninternen Adressliste führt, die zur Kontaktaufnahme innerhalb der Familie verwendet werden darf.

Den Antrag bitte senden an den Vorstand des "von Arnim'schen Familienverbandes",
Jasper v. Arnim,
Zur Ohe 23, 21406 Melbeck.

Zur Entrichtung meines Jahresbeitrages erteile ich dem "von Arnim'schen Familienverband e. V.", vertreten durch die Kassenführung, hiermit ein Lastschriftmandat auf beigefügtem Formular.

Ort, Datum: Unterschrift:

Bankverbindung "von Arnim'scher Familienverband e. V.", Konto bei der Deutschen Bank Hamburg,
IBAN: DE64 2007 0024 0010 6120 01, BIC: DEUTDE33HAN

von Arnim'scher Familienverband e. V.
Kassenverwalter
Felix v. Arnim

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE25ZZZ00000995709
Mandatsreferenz (= persönliche Registriernummer)
(wird ggf. vom Fam.-Verb. nachgetragen)

Ich ermächtige den Kassenverwalter des von Arnim'schen Familienverbandes, die

- aus meiner Mitgliedschaft
- aus der Mitgliedschaft von

.....
.....

.....
fälligen Zahlungen mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom von Arnim'schen Familienverband von meinem Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

.....
Vorname, Name

.....
Straße, Hausnummer Telefon

.....
Postleitzahl, Ort E-Mail

.....
Kreditinstitut BIC

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

.....
Ort, Datum, Unterschrift
Kontoinhaber

bitte senden an:
Jasper von Arnim
Zur Ohe 23
21406 Melbeck
Tel./Fax: 04134-63 01
E-Mail: jasper@vonarnim.com