Beitrittserklärung

Förderverein für den Heilpflanzengarten Celle e.V.

Wittinger Straße 76 I 29221 Celle (bitte an vorstehende Adresse senden.)

Hiermit erkläre(n) ich/wir meinen/unseren Beitritt zum Förderverein für den Heilpflanzengarten Celle e.V. und erkenne(n) die Satzung sowie die nachstehenden Aufnahmebedingungen an.

Meine/unsere Mitgliedschaft soll ab dem _____ . _____ ._____ bestehen.

_____

Vorname(n) und Nachname(n)

_____

Straße und Hausnummer

_____

Postleitzahl und Ort

_____

Telefon eMail - (Helfen Sie Ressourcen zu sparen indem alle vereinsinternen Informationen auf diesem Weg zugestellt werden können.)

Zutreffendes bitte ankreuzen: Einzelperson ☐ 30 €/Jahr ☐ 15 €/Jahr*

Unternehmen: ☐ 50 €/Jahr

Der Beitrag wird bis zum 31. März des Jahres durch die Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats entrichtet. Der Vorstand ist berechtigt einen anderen Zahlungsweg zu vereinbaren.
*Personen, die bereits Mitglied in mindestens einem gemeinnützigen Vereine sind, zahlen für die Mitgliedschaft im Förderverein nur einen Beitrag von 15 €/Jahr.

_____

Ich bin Mitglied in folgendem/folgenden Verein(en:

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift

****

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Förderverein für den Heilpflanzengarten Celle e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein für den Heilpflanzengarten Celle e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Vor- / Nachname Kontoinhaber/in _____

Kreditinstitut _____

IBAN _____

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift