



Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Mütterzentrum Siegen e.V.
Die Mitgliedschaft im Verein hat eine Laufzeit von einem Jahr und verlängert sich jeweils um ein weiteres, sofern ich nicht die Mitgliedschaft, **6 Wochen vor Ablauf des Jahres zum 31.12.**, schriftlich kündige.

Der Mindestbeitrag pro Monat: 3€

Persönliche Daten:

Vorname:	_____	Name:	_____
Straße:	_____	PLZ/Ort:	_____
Geburtsdatum:	_____	E-Mail:	_____
Tel.:	_____	Tel. mobil:	_____

Sepa Lastschrift:

Hiermit ermächtige ich das Mütterzentrum Siegen e.V den Mitgliedsbeitrag - **jährlich (36 €)** von folgenden Konto mittels Lastschrift (SEPA Lastschriftmandat) einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die vom Mütterzentrum Siegen gezogen Lastschrift einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlaufen. Es gelten dabei die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: _____
Geldinstitut: _____
IBAN: _____
BIC: _____

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE3422200000271442 Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt.

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____