



## Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Mütterzentrum Siegen e.V.  
Die Mitgliedschaft im Verein hat eine Laufzeit von einem Jahr (01.01.-31.12.) und verlängert sich jeweils um ein weiteres, sofern ich nicht die Mitgliedschaft, **6 Wochen vor Ablauf des Jahres zum 31.12.**, schriftlich kündige.

Einzelmitgliedschaft: 40€

Familienmitgliedschaft: 56€

### 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 \_\_\_\_\_ EUR** von folgendem 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: \_\_\_\_\_