



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 €

Ich möchte mich zukünftig im Mütterzentrum Siegen e.V. mit eigenem Engagement einbringen.

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: _____