



FortSchrift Starnberg e.V.
Ferdinand-von-Miller-Str. 14
82343 Niederpöcking
Tel.: +49 (0)8151 20 41
Fax: +49 (0)8151 91 69 49 8

Beitrittserklärung für den Verein FortSchrift Starnberg e.V.

Name* _____ Vorname* _____
Strasse Nr.* _____
PLZ* _____ Ort* _____
Telefon(*) _____ Telefax(*) _____
Mobil(*) _____ E-Mail(*) _____
Geb.-Datum* _____ *Pflichtfelder (*)Bitte mind. ein Feld ausfüllen

Mir ist bekannt, dass meine Daten auf der FortSchrift internen Datenbank gespeichert werden. Diese Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

FortSchrift darf mich über folgende Wege kontaktieren: E-Mail: () Ja () Nein
Telefon/Mobil: () Ja () Nein
Brief: () Ja () Nein
Fax: () Ja () Nein

Ich habe ein betroffenes Kind.

Name und Geburtsdatum des Kindes: _____

Ich bin selbst Betroffene/r.

Diagnose _____

Höhe des Jahresbeitrages:

30,00 EUR/Jahr (Mindestbeitrag) _____ EUR/Jahr freiwilliger höherer Beitrag

10,00 EUR/Jahr (Familienmitglied) Name Hauptmitglied: _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Es gilt die Satzung des Vereins FortSchrift Starnberg e.V. in ihrer jeweils aktuellen Form.
Die aktuelle Satzung ist auf der Homepage unter www.foortschritt-starnberg.de zu finden.
Eine Kündigung ist nur schriftlich mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende möglich.

SEPA-Lastschriftmandat zum wiederkehrenden Einzug des Mitgliedsbeitrags

BIC _____ IBAN _____

Kreditinstitut _____

Ich ermächtige den Verein FortSchrift Starnberg e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meine Bank an, die vom Verein FortSchrift Starnberg e.V. (Gläubiger-ID DE61ZZZ00000506666) auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Der Beitrags-einzug erfolgt jährlich im ersten Halbjahr des Jahres.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____