

# FOTOCLUB VÖLKLINGEN 1927 e. V.



## Beitrittserklärung

|             |                      |          |                             |
|-------------|----------------------|----------|-----------------------------|
| Name        | <input type="text"/> | Vorname: | <input type="text"/>        |
| Geb. Datum: | <input type="text"/> |          | <input type="text"/>        |
| Straße      | <input type="text"/> |          | H.-Nr. <input type="text"/> |
| PLZ Wohnort | <input type="text"/> |          |                             |
| Telefon     | <input type="text"/> | Mobil    | <input type="text"/>        |
| (Telefon)   | <input type="text"/> | E-Mail   | <input type="text"/>        |

|                             |                      |  |          |
|-----------------------------|----------------------|--|----------|
| Mitgliedschaft im FCV ab:   | <input type="text"/> | Jahresbeitrag FCV  | 60,00 €  |
| Mitgliedschaft FCV+DVF ab   | <input type="text"/> | Jahresbeitrag FCV Familie für das erste weitere Mitglied | 30,00 €  |
| Direktmitglied im DVF seit: | <input type="text"/> | Jahresbeitrag FCV Familie für jedes weitere Mitglied     | 10,00 €  |
|                             |                      | Jahresbeitrag FCV + DVF                                  | 116,00 € |
|                             |                      | Beitragseinzug per Lastschrift halbjährlich              |          |

|            |                        |
|------------|------------------------|
| Ort, Datum | Unterschrift Anmeldung |
| <br><br>   | <br><br>               |

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Datenschutzbestimmungen an

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den **Fotoclub Völklingen 1927 e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Name des Zahlungsempfängers   | Gläubiger-Identifikationsnummer Mandatsreferenz |
| Fotoclub Völklingen 1927 e.V. | DE 68 ZZZ 000 0218 2506                         |

|   |
|---|
| Kontoinhaber/ Zahlungspflichtiger (Name, Vorname) |
| <br>  |

|                |
|----------------|
| Kreditinstitut |
| <br>           |

|      |      |
|------|------|
| IBAN | BIC  |
| <br> | <br> |

|            |                                  |
|------------|----------------------------------|
| Ort, Datum | Unterschrift Zahlungspflichtiger |
| <br><br>   | <br><br>                         |