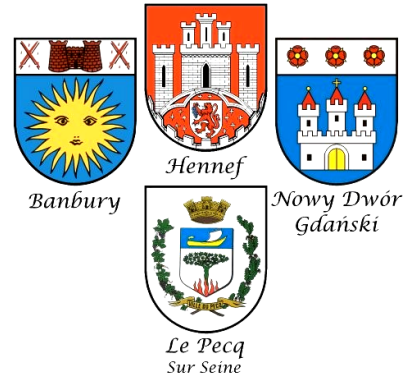


Verein für
Europäische Städte-Partnerschaft
Hennef e.V.
VESP Hennef e. V.



Aufnahmeantrag

Ich möchte / Wir möchten Mitglied werden.

Name(n):

Vorname(n):

Geburtsdatum:

Beruf:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Wohnort:

Telefon / Fax:

eMail-Adresse:

Jahresbeitrag:

Bitte
ankreuzen

- | | | |
|--------------------------|------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Einzelmitgliedschaft | 15,00€ (ab 01/2025 25,00€) |
| <input type="checkbox"/> | Familienmitgliedschaft | 20,00€ (ab 01/2025 30,00€) |
| <input type="checkbox"/> | Vereinsmitgliedschaft | 25,00€ (ab 01/2025 30,00€) |

Die Beiträge werden jährlich von Ihrem Girokonto abgebucht.

Dazu ist ein von Ihnen unterschriebenes SEPA-Lastschriftmandat erforderlich.

Bitte nutzen Sie den entsprechenden Vordruck.

Ich bin / Wir sind bereit, Gäste aufzunehmen (aus England, Frankreich, Polen).

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten für vereinsinterne Zwecke gespeichert und genutzt werden. Ich möchte über die Vereinsaktivitäten informiert werden und stimme zu, dass meine Anschrift und meine E-Mail-Adresse zum Versand der Informationen verwendet werden.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Verein für Europäische Städte-Partnerschaft Hennef e.V., Schmitzbitze 13, 53773 Hennef

www.vesp-hennef.de, eMail: kontakt@vesp-hennef.de

Kreissparkasse Köln, IBAN DE58 37050299 0000222372 oder Volksbank Köln Bonn eG, IBAN DE98 38060186 3704145011

Vorsitzende Martina Quadt-Lubitz, Schmitzbitze 13, 53773 Hennef, Tel. 0151-41290854, vorsitzende@vesp-hennef.de

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE81ZZZ00001003140

Mandatsreferenz
(Wird Ihnen der Partnerschaftsverein ggf. noch separat mitteilen.)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verein für Europäische Städte-Partnerschaft Hennef e.V., den gemäß Vereinssatzung festgelegten Mitgliedsbeitrag jährlich von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein für Europäische Städtepartnerschaft Hennef e.V. 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.

.....
Vorname und Name des Kontoinhabers

.....
Straße, Haus-Nr.

.....
PLZ, Wohnort

.....
Name des Kreditinstituts

IBAN: **D E** _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

.....
Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers