SSG Blista Marburg e. V. - Vorstand

Tel: 06421 – 8406633

vorstand@ssg-marburg.de

Beitrittsformular Fördermitgliedschaft

Ich erkläre den Beitritt als Fördermitglied zur SSG Blista Marburg e. V.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Persönliche Daten** | **Anschrift** |
| Name\*: | Straße\*: |
| Vorname\*: | PLZ/Ort\*: |
| Geb.-Datum: | Telefon: |
| Ggf. Firmenname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E-Mail:\* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  : |
|  |  |
| **Mitgliedsbeitrag:** |  |
| * Basisförderung (50 € pro Jahr) | * Bankeinzug |
| * Plusförderung (100 € pro Jahr) | * Überweisung (jährlich) |
| * Premiumförderung (200 € pro Jahr) | * Überweisung (halbjährlich) |

|  |
| --- |
| Ort, Datum Unterschrift |

**SEPA-Lastschriftmandat**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE14ZZZ00000041330; Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Ich/Wir ermächtige(n) die **SSG Blista Marburg e.V., Am Schlag 8, 35037 Marburg**, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir unser Kreditinstitut an, die von der **SSG Blista Marburg e.V., Am Schlag 8, 35037 Marburg** 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 Mitgliedes: |  |

**Name und Anschrift des Kontoinhabers/in Kontodaten**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | Kreditinstitut: |
| Anschrift: | IBAN: |
|  | BIC: |
| Der Widerruf dieser Vereinbarung sowie jede Änderung bedarf der Schriftform |  |

|  |
| --- |
| Ort, Datum Unterschrift |