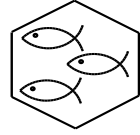


Gemeinnütziger Verein Lübeck-Schlutup e.V.



Gemeinnütziger Verein
Lübeck - Schlutup e.V.
1. Vorsitzender
Achim März
Postfach 16 01 19
23519 Lübeck

Name, Vorname: _____

geb. am: _____

Beruf: _____

Anschrift: _____

PLZ und Ort: _____

Beitrittserklärung

Ich erkläre meinen Beitritt zum „Gemeinnütziger Verein Lübeck-Schlutup e.V.“.

Der Jahresbeitrag beträgt zur Zeit 11,00 Euro. Der Beitrag ist jährlich fällig bis zum 31. März. Wir bitten Sie am Sepa - Lastschriftinzugsverfahren teilzunehmen. Der Beitrag wird in diesem Fall automatisch zum ersten Bankarbeitstag im Februar von Ihrem Konto abgebucht.

Eine Austrittserklärung muss dem Vorstand mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres zugehen. Mit dem Tode erlischt die Mitgliedschaft nach Kenntnis durch den Verein.

Eine Ausfertigung der Satzung wird mir in den nächsten Tagen zur Verfügung gestellt.

Einwilligungserklärung zum Datenschutz:

Ich bin damit einverstanden, dass der Verein personenbezogene Daten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen für vereinsinterne Zwecke elektronisch erhebt, speichert, an Personen übermittelt (z.B. Kreditinstitute des Vereins) und nutzt.

Lübeck, _____

Unterschrift

Tochterverein der Gesellschaft zur Beförderung gemeinnütziger Tätigkeit gegr. 1789

1. Vorsitzender
Achim März
Bardowieker Weg 51
23568 Lübeck
Telefon **0451-690454**

2. Vorsitzender
Michael Kieckbusch
Palinger Weg 8
23568 Lübeck
Telefon 0451-39067629

Kassenwart
Stefan Grunow
Palinger Weg 39
23568 Lübeck
Telefon 0451-6926798
Telefax 0451-6926797

Schriftwartin
Michaela März
Bardowieker Weg 51
23568 Lübeck
Telefon 0451-690454

e-mail : **gv-schlutup@arcor.de**

Vereinsregistereintrag beim Amtsgericht Lübeck Nr. VR 928

Steuernummer 22 / 290 / 73549

Bankverbindung
IBAN DE25 2305 0101 0011 5755 52

BIC NOLA DE21 SPL

Sparkasse zu Lübeck

SEPA-Basislastschrift (Core)-Mandat Mitgliedsbeitrag

Zahlungsempfänger

| | |
|----------------------------------|---|
| Vorname und Name/Firma: | Gemeinnütziger Verein Lübeck-Schlutup e.V. |
| Straße und Hausnummer: | Postfach 16 01 19 |
| PLZ und Ort: | 23519 Lübeck |
| Gläubiger-Identifikationsnummer: | DE54ZZZ00000317157 |
| Mandatsreferenz: | wird mir in den nächsten Tagen schriftlich mitgeteilt |

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den oben genannten Zahlungsempfänger,

- einmalig eine Zahlung
- wiederkehrende Zahlungen

von meinem (unserem) Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber)

| | |
|------------------------|------------------------------|
| Vorname und Name: | _____ |
| Straße und Hausnummer: | _____ |
| PLZ und Ort: | _____ |
| Kreditinstitut (Name): | _____ |
| BIC: | ----- ---- |
| IBAN: | DE __ ____ ____ ____ ____ __ |

| | |
|-----------------|-------|
| Ort, Datum | _____ |
| Unterschrift/en | _____ |