



## ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den *Verein für Integration und Teilhabe am Leben e.V.*

zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße und Nr: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (freiwillig): \_\_\_\_\_

E-Mail (freiwillig): \_\_\_\_\_

Jährlicher Mitgliedsbeitrag:  20 € pro Jahr (Mindestbeitrag)

\_\_\_\_\_ € pro Jahr (anderer Betrag)

Ich erkenne die Satzung des Vereins in der jeweils gültigen Fassung an. Die aktuelle Fassung vom 01. Dezember 2021 finde ich im Internet unter der folgenden Adresse:

<https://www.alzey-teilhabe.de/start/downloads/>

In der Anlage und unter der angegebenen Adresse im Internet finde ich Informationen zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch den Verein.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

*Von Verein auszufüllen:*

Der Vorstand hat die Aufnahme als Mitglied gemäß § 6 S. 3 der Satzung des Vereins beschlossen.

Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Tag des Beschlusses.

Alzey, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Schriftführer/in

Datum der Sitzung

Schriftführer/in

**Verein für Integration und Teilhabe am Leben e.V.**, eingetragen in das Vereinsregister beim Amtsgericht Mainz unter Nr. VR 30751, vertreten durch den Vorstand, Alzey **Geschäftsstelle:** Kästrich 6, 55232 Alzey  
Steuernummer 08/667/0873/1 Finanzamt Bingen-Alzey

**Bankverbindungen:**

Rheinessen Sparkasse  
IBAN: DE09 5535 0010 0004 0227 53 BIC: MALADE51WOR  
Volksbank Alzey  
IBAN: DE22 5509 1200 0000 4020 01 BIC: GENODE61AZY

**Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats an:**

Zahlungs-  
Empfänger: Verein für Integration und Teilhabe am Leben e.V.,  
Kästrich 6, 55232 Alzey  
Gläubiger-ID-Nr. DE  
Mandantsreferenz-Nr.:

Kontoinhaber  Name, Anschrift wie umseitig angegeben oder:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ SWIFT BIC: \_\_\_\_\_

Name des Kreditinstituts: \_\_\_\_\_

Einzugs-  
Ermächtigung: Ich/Wir ermächtige/n den Verein für Integration und Teilhabe am Leben e. V.,  
die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift  
vom  
o.g. Konto einzuziehen.

Mandat für  
Einzug von  
SEPA-Basis  
Lastschrift Ich/Wir ermächtige/n den Verein für Integration und Teilhabe am Leben e.V.,  
Zahlungen vom o.g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n  
ich/wir mein/unser Kredit- -institut an, die vom Verein für Integration und  
Teilhabe am Leben e.V. 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.

Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers