

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, _____

Datum

Unterschrift

Unterschrift

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: _____

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