

# Antrag auf Fördermitgliedschaft

## im Verein „Freiraum Frohnhausen e.V.“

Hiermit beantrage ich / beantragen wir die Fördermitgliedschaft im Verein „Freiraum Frohnhausen e.V.“. Die Satzung und Datenschutzerklärung des Vereins sind mir bekannt und ich erkenne sie an.

Name, Vorname*	
Ggf. Verein / Organisation	
Anschrift	
Telefonnummer	
E-Mail*	

\*=Pflichtfelder

Über die Aufnahme entscheidet der Vorstand. Ein Beitritt gilt als erfolgt, wenn dem\*r Antragsteller\*in nicht innerhalb von acht Wochen eine Ablehnung mitgeteilt wurde oder der Beitrag durch den Verein eingezogen wurde.

Ein Fördermitglied des Vereins kann jede juristische oder natürliche Person werden, die Ziele und Zwecke des Vereins in geeigneter Weise fördern und unterstützen möchte. Sie zahlen einen individuellen, regelmäßigen Beitrag. Fördermitglieder haben in der Mitgliederversammlung kein Antrags-, Wahl-, oder Stimmrecht.

Als Fördermitglied bin ich bereit, den Verein „Freiraum Frohnhausen e.V.“ finanziell mit

\_\_\_\_\_ € pro Monat oder

\_\_\_\_\_ € pro Jahr zu unterstützen.

Ich zahle per

Paypal (s.u.)

Überweisung (s.u.)

Lastschrift. In diesem Falle ermächtige ich den Verein „Freiraum Frohnhausen e.V.“ Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen (bitte Formular „SEPA-Lastschriftmandat“ ausfüllen).

Ich bin mit der Veröffentlichung meines Namens als Fördermitglied des Vereins „Freiraum Frohnhausen e.V.“ einverstanden:  Ja  Nein

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....



# SEPA-Lastschriftmandat

## Verein „Freiraum Frohnhausen e.V.“

Zahlungsempfänger\*in: „Freiraum Frohnhausen e.V.“  
Breslauer Str. 86  
45145 Essen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE10ZZZ00002749933

Mandatsreferenznummer: \_\_\_\_\_  
(Mitgliedsnummer)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Verein „Freiraum Frohnhausen e.V.“ Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Verein „Freiraum Frohnhausen e.V.“ auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, kann die Erstattung des belasteten Betrages verlangt werden. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name der/des Zahlungspflichtigen:

\_\_\_\_\_

(Kontoinhaber\*in)

Straße mit Hausnummer, PLZ und Ort der/des Zahlungspflichtigen:

\_\_\_\_\_

(Kontoinhaber\*in)

Konto der/des Zahlungspflichtigen (IBAN): DE\_ l \_ \_ \_ l \_ \_ \_ l \_ \_ \_ l \_ \_

Kreditinstitut der/des Zahlungspflichtigen (BIC): \_\_\_\_\_

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....

