



Aufnahme – Antrag

Mitglieds- Nummer	
----------------------	--

Hier mit beantrage(n) ich / wir die Aufnahme in die Museumsgesellschaft Schelklingen e.V.

Name:		Vorname:	Titel:
Straße / Nr.:		PLZ / Ort:	
Geburtsdatum:		Beruf:	Eintrittsdatum:
Telefon:		E-Mail:	
Familienmitgliedschaft			
Ehepartner Beitrag siehe unten	Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
1. Kind / Enkel beitragsfrei vom 8.-18. Lebensjahr	Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
2. Kind / Enkel beitragsfrei s.o.	Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
3. Kind / Enkel beitragsfrei s.o.	Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Jahresbeitrag Stand 2015		Einzelbeitrag: € 20,00	Ehepaarbeitrag: € 30,00

Zahlungsweise:	Lastschrift <input type="checkbox"/> (Bitte unten ausfüllen!)	Rechnung <input type="checkbox"/>
SEPA-Lastschriftmandat		
Museumsgesellschaft Schelklingen e.V., Schlossgasse 8, 89601 Schelklingen		
Gläubiger-ID: DE83ZZZ00000091013; Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt		
Ich ermächtige die Museumsgesellschaft Schelklingen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Museumsgesellschaft Schelklingen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.		
Vorname und Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)		
Vollständige Anschrift:		
Kreditinstitut (Name):		
SWIFT / BIC:	IBAN des Zahlungspflichtigen	
Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung		
Ort, Datum und Unterschrift(en)		