



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 2020 | | Einzelbeitrag: € 20,00 | Ehepaarbeitrag: € 30,00 |

| | | |
|--|--|--|
| Zahlungsweise: | Lastschrift <input type="checkbox"/> (Bitte unten ausfüllen!) | Rechnung <input type="checkbox"/> |
| SEPA-Lastschriftmandat | | |
| Museumsgesellschaft Schelklingen e.V., Bahnhofstraße 3, 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) | | |