

Beitrittserklärung:

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied zum
Tierpark Walldorf e.V.



Gewünschte Mitgliedschaft bitte ankreuzen:

Der jährliche Mitgliedsbeitrag für Mitglieder beträgt:

- Familienmitgliedschaft 25,00 € Fördermitglied/er _____ € /Jahr
- Einzelmitgliedschaft 15,00 € Ponymädchen

Angaben zur Person/Personen:

ggf. Ehepartner

Name		
Vorname		
Straße		
PLZ Ort		
geb. am		
Telefon		
Telefon-mobil		
E-Mail		

Ihr Kind/Ihre Kinder:

Vor- und Nachname	geb. am
Vor- und Nachname	geb. am
Vor- und Nachname	geb. am

Bitte geben Sie auf der **Rückseite** Ihre Bankverbindung sowie die Einverständnis für das Lastschriftverfahren zum Einzug der Mitgliedsbeiträge an.

Die hier angegebenen Daten werden nur für Vereinszwecke verwendet und nicht an Dritte weitergegeben. Mit Ihrer Unterschrift geben Sie Ihr Einverständnis, dass wir Ihre Tel.nr./E-Mail-Adresse/Adresse z.B. bei unseren Kontaktdaten aufnehmen. Außerdem erteilen Sie dem Tierpark Walldorf e.V. die Erlaubnis, vereinsbezogene Fotos von Ihnen zu erstellen und zu veröffentlichen. Diese Einverständniserklärung gilt für Fotoveröffentlichungen im Zusammenhang mit Veranstaltungen, Zeitungsartikeln, Berichten und ebenso für Veröffentlichungen auf den Internetseiten des Tierpark Walldorf e.V. (www.tierpark-walldorf.com)

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Zahlungsempfängers (Gläubiger):

Tierpark Walldorf e.V., Schwetzingen Straße 99, 69190 Walldorf

E-Mail: info@tierpark-walldorf.com

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE46ZZZ00001293703

Ihre Mandatsreferenz teilen wir Ihnen nach Abgabe der Beitrittserklärung mit.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) den Tierpark Walldorf e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Tierpark Walldorf e.V. von meinem/unserem 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.

Kontoinhaber

Vor- und Nachname	
Straße	
PLZ Ort	
Kreditinstitut	
BIC	_____/____
IBAN	DE __/____/____/____/____/____

Fälligkeiten

Der jährliche Mitgliedsbeitrag wird jeweils zum 1. April abgebucht. Sollten diese Termine auf ein Wochenende/Feiertag fallen, so wird am 1. Werktag danach abgebucht. Bitte sorgen Sie für ausreichende Kontodeckung, da wir bei nicht eingelösten Lastschriften die angefallenen Bankgebühren Ihnen in Rechnung stellen müssen. Teilen Sie uns bitte ebenfalls umgehend mit, wenn sich Ihre Kontoverbindung ändert.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers