

BEITRITTSERKLÄRUNG

Vor- und Familienname

Strasse und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den „Freundeskreis des Landesbildungszentrums für Hörgeschädigte e.V.“ zum _____ .
Von der Satzung des Vereins habe ich Kenntnis genommen.
Ich bin bereit, einen monatlichen Mitgliedbetrag von € _____
zu zahlen. (Mindestbeitrag mtl. € 1,-)

Bitte buchen Sie meinen Beitrag vierteljährlich von meinem Konto ab.

Ich werde meinen Beitrag vierteljährlich überweisen.

Konto Nr. 108 1888800
Oldenburgische Landesbank, BLZ 280 200 50

_____, den

Unterschrift

_____, den

Name

An den
Freundeskreis des Landesbildungszentrums für Hörgeschädigte e.V.
Lerigauweg 39
26131 Oldenburg

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschriften

Hiermit ermächtige(n) ich/wir widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Mitgliedbeiträge des Vereins „Freundeskreis des Landesbildungszentrums für Hörgeschädigte e.V.“ in Höhe von monatlich

€..... bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Girokontos Nr.

bei der..... BLZ
mittels Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

Unterschrift

