**Freundeskreis Städtepartnerschaften Wülfraths e.V.**

**Beitrittserklärung**

Hiermit wird der Beitritt zum Freundeskreis Städte-Partnerschaften Wülfraths e.V. als

☐ Einzelperson (15,00 € Mindestjahresbeitrag)
☐ Familie (20,00 € Mindestjahresbeitrag)
☐ juristische Person (Firma, Verein) (50,00 € Mindestjahresbeitrag) erklärt.

(Bitte entsprechendes ankreuzen)

| | **Einzelperson** | **Familienmitgliedschaft** |
|---|---|---|
| Titel | | |
| Vorname | | |
| Familienname | | |
| Firma**/Verein** | | |
| Anschrift | | |
| Telefonnummer* | | |
| Mobilrufnummer* | | |
| E-Mail* | | |
| Geburtsdatum* | | |
| **Mitgliedsbeitrag** | | **Euro** |

*(freiwillige Angaben) **(nur bei Mitgliedschaft für juristische Personen anzufüllen)

Der obige Mitgliedsbeitrag soll per SEPA-Lastschriftmandat eingezogen werden.

**Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats**

Der Freundeskreis Städtepartnerschaften Wülfraths e.V. ist ermächtigt, meinen (unseren) Mitgliedsbeitrag von folgendem Konto:

Kontoinhaber :_____ IBAN:

DE __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

bis auf Widerruf mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom Freundeskreis StädtePartnerschaften Wülfraths e.V. auf das Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis**: Ich kann (wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.
Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbaren Bedingungen.

_____

Ort Datum Unterschrift(en)

**Freundeskreis Städtepartnerschaften Wülfraths e.V.**
c/o Engelbert vom Kolke • 42489 Wülfrath • Düsseler Str. 15
Mobil: 0151-65101955 • E-Mail: info@sp-wuel.de • www.sp-wuel.de