



# Beitrittserklärung

## LuViMin e.V.

(SEPA-Lastschrift-Mandat)



|             |                |
|-------------|----------------|
| <b>Name</b> | <b>Vorname</b> |
| <br>        | <br>           |

|                              |            |            |
|------------------------------|------------|------------|
| <b>Straße und Hausnummer</b> | <b>PLZ</b> | <b>Ort</b> |
| <br>                         | <br>       | <br>       |

|                    |      |                  |      |
|--------------------|------|------------------|------|
| <b>Tel. privat</b> | <br> | <b>Handy Nr.</b> | <br> |
|--------------------|------|------------------|------|

|               |      |
|---------------|------|
| <b>e-Mail</b> | <br> |
|---------------|------|

|                   |      |                                    |      |
|-------------------|------|------------------------------------|------|
| <b>Geburtstag</b> | <br> | <b>Mitgliedsnummer</b>             | <br> |
|                   |      | <i>wird vom Verein eingetragen</i> |      |

|                                             |                           |
|---------------------------------------------|---------------------------|
| <b>Unsere Gläubiger-Identifikations-Nr.</b> | <b>DE50ZZZ00001437288</b> |
|---------------------------------------------|---------------------------|

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Verein  
und erkenne die gültigen Vereinsstatuten als bindend an.  
Die Satzung kann auf der Homepage eingesehen werden.

Mein Beitritt erfolgt zum

|      |
|------|
| <br> |
|------|

*(wird vom Verein eingetragen)*

### Vereinsbeitrag

Ich ermächtige den LuViMin e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.  
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom LuViMin e.V. auf mein Konto gezogenen  
Lastschriften einzulösen.

Die Kontobelastung (Fälligkeitsdatum) des Mitgliedsbetrages (20 Euro) erfolgt am 01.03. eines jeden  
Jahres.

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.

|          |                      |     |                      |
|----------|----------------------|-----|----------------------|
| Kto.-Nr. | <input type="text"/> | BLZ | <input type="text"/> |
|----------|----------------------|-----|----------------------|

|      |                      |
|------|----------------------|
| IBAN | <input type="text"/> |
|------|----------------------|

|     |                      |
|-----|----------------------|
| BIC | <input type="text"/> |
|-----|----------------------|

|          |                      |
|----------|----------------------|
| bei Bank | <input type="text"/> |
|----------|----------------------|

Ort, Datum

Unterschrift

IBAN: DE96667624330085182501

BIC: GENODE61NEU