



KulturVerein Frauenstraße 24 e.V.

Antrag auf Mitgliedschaft

Ja, ich möchte dem KulturVerein Frauenstraße 24 e.V. beitreten.

Vorname: _____

Name: _____

Straße _____ Nr: _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____ / _____

Mail _____@_____._____

Ich zahle jährlich (bitte ankreuzen bzw. ergänzen):

/ / einen Mitgliedsbeitrag von 36,00 Euro pro Jahr

/ / einen Solidaritätsbeitrag von ____,00 Euro pro Jahr

/ / einen reduzierten Mitgliedsbeitrag von 24,00 Euro pro Jahr¹

Ich ermächtige den Verein, Beiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein 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.

IBAN: DE _____

Kontonummer _____ Bankleitzahl _____

bei _____

Mit meiner Unterschrift bekenne ich mich ausdrücklich zu den in der Satzung festgelegten Zielen des Vereins.

Die Mitgliedschaft gilt ab: __. __. ____

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____

Bitte schicken an: KulturVerein Frauenstrasse 24 e.V.; Frauenstrasse 24, 48143 Münster

¹ Schüler/innen, Studierende, Auszubildende, Erwerbslose und Menschen in schwierigen sozialen Situationen können einen reduzierten Beitrag von 24 € zahlen.



KulturVerein Frauenstraße 24 e.V.

Antrag auf Mitgliedschaft

Ja, ich möchte dem KulturVerein Frauenstraße 24 e.V. beitreten.

Vorname: _____

Name: _____

Straße _____ Nr: _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____ / _____

Mail _____@_____._____

Ich zahle jährlich (bitte ankreuzen bzw. ergänzen):

/ / einen Mitgliedsbeitrag von 36,00 Euro pro Jahr

/ / einen Solidaritätsbeitrag von ____,00 Euro pro Jahr

/ / einen reduzierten Mitgliedsbeitrag von 24,00 Euro pro Jahr¹

Ich ermächtige den Verein, Beiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein 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.

IBAN: DE _____

Kontonummer _____ Bankleitzahl _____

bei _____

Mit meiner Unterschrift bekenne ich mich ausdrücklich zu den in der Satzung festgelegten Zielen des Vereins.

Die Mitgliedschaft gilt ab: __. __. ____

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____

Bitte schicken an: KulturVerein Frauenstrasse 24 e.V.; Frauenstrasse 24, 48143 Münster

¹ Schüler/innen, Studierende, Auszubildende, Erwerbslose und Menschen in schwierigen sozialen Situationen können einen reduzierten Beitrag von 24 € zahlen.