



# Pilzfreunde Mainfranken

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zu den Pilzfreunden Mainfranken e.V..

Name:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

Geburtsdatum:

Email-Adresse:

Ort, Datum

Unterschrift ( bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter )

### Art der Mitgliedschaft:

- Kinder bis 14 Jahre (frei)
- Jugendliche bis 18 Jahre (10,- €/Jahr)
- Erwachsene über 18 Jahre (50,- €/Jahr)
- Familien (beide Elternteile und alle Kinder; 70,- €/Jahr)
- Studenten, Auszubildende, Bundesfreiwilligendienst-Leistende (20,- €/Jahr)
- fördernde Mitglieder (beliebiger Beitrag von 60,- €/Jahr oder höher)

### SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE44ZZZ00001785529	
Mandatsreferenz:	Wird separat mitgeteilt.	
Zahlungsart:	<input type="checkbox"/> einmalige Zahlung	<input type="checkbox"/> wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Verein Pilzfreunde Mainfranken e.V. Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschriftverfahren einzuziehen. Der aktuell gültige Betrag wird jährlich zum 01. April per Lastschrift eingezogen.

Zugleich weise ich (weisen wir) unser Kreditinstitut an, die von den Pilzfreunden Mainfranken e.V. die auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Land:

Kreditinstitut:

Ort, Datum

Unterschrift