



Franziskaner-Klostergarten-Verein Breisach e.V.

Kapuzinergasse 2 - 79206 Breisach - Tel. 07667-911499 – Fax 07667-911198

Franziskaner-Klostergarten@gmx.de - www.franziskaner-klostergarten-breisach.de

Beitrittserklärung

Hiermit trete ich dem Franziskaner Klostergarten-Verein bei.

Ich möchte im Garten mitarbeiten: Mitglied 1: ja nein Mitglied 2: ja nein

Name: 1. Mitglied 2. Mitglied*

Vorname: 1. Mitglied 2. Mitglied*

Straße/Hausnummer:

PLZ/Wohnort:

Land:

Telefon: Fax:

Email:

Geburtsdatum: 1. Mitglied 2. Mitglied* * bei Paaren

(nur für aktiv mitarbeitende Mitglieder):

Ich habe Erfahrung und besondere Fähigkeiten auf dem Gebiet von (auch gerne nichtgärtnerische wie Grafik-Design, handwerkliches Geschick etc.):

.....
Ich würde gerne in folgendem Bereich mitarbeiten:

.....
Meine Mitgliedschaft soll beginnen (auch rückwirkend möglich)

am 1.1.20__ am 1.7.20__ (halber Beitrag für das 2. Halbjahr? ja nein
bitte ankreuzen

Jahresbeitrag:	Einzelperson	40,00 Euro	<input type="checkbox"/>
	Paare	60,00 Euro	<input type="checkbox"/>

Zusätzlich freiwilliger Förderbeitrag: einmalig: **Euro**
jährlich:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich meinen Beitritt zum Franziskaner Klostergarten-Verein und erkläre mich zu den Bedingungen der Satzung (kann angefordert werden) einverstanden.

Als im Garten mitarbeitendes Mitglied erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten in die den aktiven Mitgliedern zugängliche Telefon-Liste eingetragen werden darf. ja nein

Datum: Unterschrift:

bitte wenden>>>>>

Ich errichte meinen Mitgliedsbeitrag/Förderbeitrag per Lastschrift

Beitragszahlung: 1 x jährlich zum 1. Februar

Ich ermächtige/wir ermächtigen den Franziskaner Klostersgarten-Verein Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Der erste Beitrag wird mit der Abgabe der Mitgliedschaftserklärung fällig.

Zugleich weise ich/weisen wir unser Kreditinstitut an, die Klostersgarten-Verein auf mein/unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | __

Kontoinhaber (wenn abweichend).....

BIC: _____ | ____

Bank/Sparkasse:

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Datum: Unterschrift:

Franziskaner Klostersgarten-Verein Breisach e.V.

Konto: Volksbank Breisagau-Süd, IBAN: DE69 6806 1505 0005 2731 02, BIC: GENODE61IHR