



RADIO – MUSEUM LINSENGERICHT E.V.

Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Radio-Museum Linsengericht e.V.

Vollmitglied:

Name und Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Anschlussmitglied: (Ehepartner/in/Lebenspartner/in

Name und Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Der Jahresbeitrag beträgt derzeit für Vollmitglieder 25,00 €, für Anschlussmitglieder 10,00 €. Für Jugendliche unter 18 Jahren ist der Beitrag frei.

Datum

Unterschrift des Mitglieds

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE63ZZZ00001171953

R	M	L							<< Mandatsreferenz: (= RML + Ihre Mitglieds-Nr.)
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

Ich ermächtige das Radio-Museum Linsengericht e.V. Zahlungen, insbesondere Mitgliedsbeiträge für das oben angeführte Mitglied, von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Radio-Museum Linsengericht e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Mitgliedsbeitrag ist jeweils am 1. März jährlich fällig.

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.

Kontoinhaber: _____

Straße/Anschrift: _____

PLZ und Ort: _____

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Ort und Datum: _____

Unterschrift Kontoinhaber: _____