



# 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 30,00 €, 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: \_\_\_\_\_