



Beitrittserklärung

Nachname*:	
Vorname*:	
Straße:	
PLZ und Ort:	
Telefon:	
Email*:	

*unbedingt erforderlich

Hiermit erkläre ich meinen Eintritt in den Verein Theos Wiese e.V. und mit einem jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von

_____ € (Mindestbetrag 20,00 €) einverstanden.

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Ich werde den oben genannten Betrag jeweils im **1. Quartal** eines Jahres auf das Vereinskonto von Theos Wiese e.V. überweisen.
- Ich möchte an dem bequemen Abbuchungsverfahren teilnehmen und habe dazu das SEPA-Lastschriftenmandat (siehe Seite 2) ausgefüllt. Den Betrag ziehen wir jeweils im **März** des Jahres ein.

(Beitrag für das Eintrittsjahr wird sofort eingezogen bzw. bitte sofort überweisen.)

Bitte folgende Auswahl zum Ende der Mitgliedschaft treffen:

- Die Mitgliedschaft läuft bis zu meinem aktiven Widerruf. Die Kündigungsfrist ist 3 Monate zum Zeitjahresende (spätester Eingang am 30. September eines Jahres).
- Ich möchte, dass mit dem Verlassen meines (Enkel-)Kindes _____ (Name des Kindes) der Theodor-Heuss-Gemeinschaftsschule die Mitgliedschaft im Verein Theos Wiese e.V. erlischt.

Ort, Datum

Unterschrift

Das ausgefüllte Formular entweder per Post an Theos Wiese e.V. Castöhlenweg 4 in 24211 Preetz schicken, im Sekretariat der THG abgeben oder digital als PDF-Datei an info@theos-wiese.de.

Seite Seite 1 von 2



Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger Payments

Theos Wiese e.V.
Castöhlenweg 4
24211 Preetz

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE65ZZZ00002190417

Mandatsreferenz

(Mitgliedsnr. Wird vom Verein nachgetragen)

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige(n) **Theos Wiese e.V.**, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

Name des Zahlungsempfängers:	Theos Wiese e.V., 24211Preetz, Castöhlenweg 4
------------------------------	--

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name Kontoinhaber:	
Straße / Nr.:	
PLZ / Ort:	

Name der Bank:	
----------------	--

IBAN:	D E																		
-------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC:														
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort, Datum:	Unterschrift:
-------------	---------------