

Mitglieds-Antrag

Bitte senden Sie den Antrag im Fensterbriefumschlag
an den Sitz des Vereins zu Hd. Herrn :

THF e.V.
Helmut Ziesmann
Insingerstr. 48

90449 Nürnberg



www.thfev.de
Info@thfev.de

oder per Fax an 0911 669 5007

Hiermit erkläre ich meinen / unseren Beitritt zum Verein Team Handicap Franken e.V.
Es gilt immer die Jahresmitgliedschaft. Bei Eintritt im Dezember entfällt der Mitgliedsbeitrag für das lfd. Jahr
Bitte deutlich lesbar in Druckbuchstaben schreiben. Ich / Wir beantragen folgende Mitgliedschaft:

Einzelmitgliedschaft 24 € im Jahr Fördermitgliedschaft 100 € im Jahr

Selbsthilfegruppe 36 € im Jahr Vereinsmitgliedschaft 48 € im Jahr

Herrn Frau Firma/Organisation

Vorname Nachname

Geburts- tag Behinderung ja / nein

Name der Firma/Organisation Anzahl Mitglieder
Selbsthilfegruppe / Verein

Straße / Hausnr.

PLZ Ort

Telefon Handy
Fax

E-Mail-Adresse

Datum / Unterschrift

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an. Die Mitgliedschaft beträgt mindestens ein volles Jahr
Die Kündigung ist jederzeit möglich und tritt nach Ablauf des Jahres in Kraft. Ich bin damit einverstanden, dass im
Zusammenhang mit der beantragten Vereinsmitgliedschaft meine Daten zur Mitgliederverwaltung gespeichert werden.
Die Vorschriften des Datenschutzgesetzes bleiben davon unberührt. Die Satzung steht auf unserer Homepage
www.thfev.de zum runterladen bereit oder wird Ihnen auf Anforderung zugeschickt.

Web 2014

Ich habe die vier Seiten Zusatzinformationen zum Datenschutz zur Kenntnis genommen und bestätige dies durch meine
zweite Unterschrift.

Datum / Unterschrift _____

Die Einzugsermächtigung, bzw. das SEPA Lastschrift Mandat steht auf der nächsten Seite.

SEPA Lastschrift Mandat / früherer Einzugsermächtigung

Zahlungsempfänger oder auch Gläubiger genannt

Team Handicap Franken e.V. THF e.V.
Insingerstr. 48
90449 Nürnberg

Gläubiger Identifikationsnummer von THF e.V.

DE86ZZZ00001044566

Ich/Wir ermächtige(n) THF e.V. Zahlungen von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise(n) ich/wir unser Kreditinstitut an, die von THF e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vorname / Name des Kontoinhabers

Strasse / Hausnummer

PLZ / Ort

IBAN Nr.

DE

Ort / Datum

Unterschrift