

**Deutsch-Griechisch-Türkischer
Städtepartnerschaftsverein Castrop-Rauxel e.V.**

Beitrittserklärung

Ich möchte Mitglied im Deutsch-Griechisch-Türkischer Städtepartnerschaftsverein Castrop-Rauxel e.V. werden.

Name:

Vorname:

Straße/Nr:

PLZ/Wohnort:

Telefon o. Mobil:

E-Mail Adresse:

Mir ist bekannt, dass der Jahresmitgliedsbeitrag 12.- Euro (6,-Euro ermäßigt für Schüler/innen, Studierende, Arbeitslose und Rentner/innen) beträgt und zum 01. Juli eines jeden Jahres fällig ist.

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Speicherung und Verwertung meiner Daten ausschließlich zu Vereinszwecken zu.

Ort, Datum

Unterschrift

Hiermit ermächtige ich den Deutsch-Griechisch-Türkischer Städtepartnerschaftsverein Castrop-Rauxel e.V. meinen Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

IBAN:

BIC:

Geldinstitut:

Kontoinhaber:

Beitrag pro Jahr:

Ort, Datum

Unterschrift