

Aufnahmeantrag

Ich möchte Mitglied werden

Vorname, Name _____

Adresse _____

Beruf _____ Geburtsdatum _____

Email _____

Beitragshöhe _____ *Tel _____

Die Höhe des Jahresbeitrags beträgt **mind. 30€**.

Hiermit ermächtige ich Ifede-Hilfe zur Selbsthilfe für die Republik Benin e.V. den Mitgliedsbeitrag, per SEPA-Lastschrift bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos, bis auf Widerruf einzuziehen.

Der Mitgliedsbeitrag ist bei Aufnahme in den Verein fällig. Danach jeweils zum 01 März.

IBAN _____ BIC _____

Kreditinstitut _____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Mit dieser Erklärung trete ich dem Verein Ifede-Hilfe zur Selbsthilfe für die Republik Benin e.V bei. Durch den Beitritt entstehen dem Verein keinerlei finanzielle, materielle sowie sonstige Forderungsansprüche. Der Austritt aus dem Verein ist nur zum 31.12 des jeweiligen Kalenderjahres möglich. Die Austrittserklärung muss schriftlich erfolgen und dem Vorstand drei Monate vor Ablauf des Kalenderjahres zugehen. Eine Rückerstattung von bereits gezahlten Beiträgen ist nicht möglich. Der Vorstand des Vereins behält sich das Recht vor, Mitglieder in begründeten Ausnahmefällen auszuschließen.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Ifede-Hilfe zur Selbsthilfe für die Republik Benin e.V.

Gravenreuther Str: 57 95445 Bayreuth

Email: info@ifede.de

Homepage : www.ifede.de

VR Bank Bayreuth

IBAN: DE70780608960006133886 BIC: GENODEF1H01

