



Ich möchte Mitglied werden in der
Arbeiterwohlfahrt OV Buchholz e.V.

Wilhelm-Baastrup-Platz 4
21244 Buchholz

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE66ZZZ00000614634

Name: _____ Geburtstag: _____

Vorname: _____ Beruf*: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

PLZ: _____ E-Mail*: _____

Telefon: _____ * *freiwillige Angaben*

Bei Familienmitgliedschaft Familienmitglieder / Partner:

monatlicher Beitrag*: € _____ 20,- 10,- 5,- 4,- 2,50

* Familienbeitrag: monatlich mindestens € 4,-

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name, Eintritts- und Geburtsdatum in Publikationen der Arbeiterwohlfahrt OV Buchholz aus Anlass der Dauer meiner Mitgliedschaft und meines Geburtstages veröffentlicht werden.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kündigung der Mitgliedschaft mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres möglich ist.

_____, den

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

Geworben von: _____

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die Arbeiterwohlfahrt OB Buchholz e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Arbeiterwohlfahrt OV Buchholz e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Mitgliedsbeitrag soll

viertel-, **halb-**, oder **jährlich** eingezogen werden.

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.

Kreditinstitut (Name und BIC) _____

IBAN: DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | __

_____, den

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.