



Genbänkle - Netzwerk zur Förderung der Kulturpflanzenvielfalt in Baden-Württemberg e.V.

Genbänkle e.V.
Ingo Hubl
Zeisigstrasse 16

70771 Leinfelden-Echterdingen

Mitgliedsantrag

Angaben zum **Mitglied**: (Pro Mitglied ein Formular)

Name _____

Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ Wohnort _____

Geburtsdatum _____

Telefon-Nr. _____

Email _____

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Einzelmitglied, Beitrag 35 € |
| <input type="checkbox"/> Sozialbeitrag, Beitrag 25 € |
| <input type="checkbox"/> Fördermitglied, Beitrag 55 € |



Genbänkle - Netzwerk zur Förderung der Kulturpflanzenvielfalt in Baden-Württemberg e.V.

Hinweise:

Die Satzung und weitere Informationen finden Sie im Internet unter: <http://www.genbaenkle.de/>

Beginn der Mitgliedschaft / Beitragsberechnung:

Als Eintrittsdatum gilt das Datum der Unterschrift. Der Mitgliedsbeitrag ist ein Jahresbeitrag.

Austritt / Kündigung:

Der Austritt kann nur durch schriftliche Erklärung per Brief oder E-Mail gegenüber dem Vorstand zum Jahresende erfolgen.

SEPA-Lastschriftmandat

Zum Einzug der Mitgliedsbeiträge wird ein SEPA-Lastschriftmandat abgeschlossen.

Datenspeicherung:

Das Mitglied ist damit einverstanden, dass seine Daten für Vereinszwecke per EDV gespeichert werden. Der Verein wird die Daten ausschließlich im Rahmen der Vereinsverwaltung verwenden und nicht an Dritte weitergeben.

Bankverbindung: GLS Gemeinschaftsbank eG

IBAN: **DE97430609677046207500**

BIC: **GENODEM1GLS**

Unterschrift Mitgliedsantrag: (Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Datum: _____

Unterschrift: _____

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren - Wiederkehrende Zahlung

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Genbänkle e.V. Gläubiger-Identifikationsnummer: Mandatsreferenz-Nr. **DE52ZZZ00002103157**

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

Hinweise:

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

Angaben **Kontoinhaber / Zahler:**

Name _____

Vorname _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ + Wohnort _____

Telefon-Nr. _____

Email _____

IBAN: _____ **DE** _____

BIC: _____

_____, den _____

Unterschrift: _____

(alle Informationen notwendig. Bei fehlenden Angaben wird der Antrag bis zur Vollständigkeit zurückgewiesen)