



## KULTURVEREIN OBERHACHING E. V.

Postadresse: c/o Waschin, Helfrichstraße 4, 82041 Deisenhofen  
Tel: 0 89 / 613 05 637, Fax: 0 89/ 613 05 636, E-mail: info@kulturverein-oberhaching.de

1. Vorsitzende: Monika Waschin

### AUFNAHMEANTRAG

***Ich / wir beantrage(n) hiermit die Aufnahme in den Kulturverein Oberhaching e.V. unter Anerkennung der jeweils gültigen Satzung.***

***Einzelmitgliedschaft 30 Euro***

Familienname	Vorname	Geburtsdatum	Datum	Unterschrift
<hr/>				
Straße	Ort		Telefon	Fax
<hr/>				
E-Mail Adresse				

***Familienmitgliedschaft 50 Euro***

Familienname	Vorname	Geburtsdatum	Datum	Unterschrift
<hr/>				
Familienname	Vorname	Geburtsdatum	Datum	Unterschrift
<hr/>				
Familienname	Vorname	Geburtsdatum	Datum	Unterschrift
<hr/>				
Familienname	Vorname	Geburtsdatum	Datum	Unterschrift
<hr/>				
Straße	Ort		Telefon	Fax
<hr/>				
E-Mail Adresse				

***Einzelmitgliedschaft für Schüler und Studenten 10 Euro***

Familienname	Vorname	Geburtsdatum	Datum	Unterschrift
<hr/>				
Straße	Ort		Bei Minderjährigen Unterschrift der Eltern	
<hr/>				
E-Mail Adresse				

***Der Mitgliedsbeitrag soll von meinem Konto eingezogen werden  
Bitte beachten Sie hierzu die Einzugsermächtigung  
und SEPA-Lastschriftmandat auf der nächsten Seite***

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

**Name des Zahlungsempfängers:**

Kulturverein Oberhaching e. V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers****Straße und Hausnummer:**

Helfrichstraße 4

**Postleitzahl und Ort**

82041 Deisenhofen

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE42ZZZ00000597024

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**

Mitgliedsbeitrag

**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Zahlungsart:**

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

**BIC (8 oder 11 Stellen):**

D E

**Ort:****Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

manuell