

Mitgliedschaft

Eine Mitgliedschaft ist möglich ab einem Beitrag von € 7,50/ Monat.

Ich / wir möchte(n) **Mitglied(er)** werden und zahle(n)

- einen regelmäßigen Betrag von € 7,50 / Monat (Zahlungsweise vierteljährlich)
- einen regelmäßigen Betrag von _____ / Monat (Zahlungsweise vierteljährlich)

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon/email: _____

Einzugsermächtigung mittels Lastschrift: Hiermit ermächtige/n ich/wir AMPU VITA e. V. meinen/unseren oben genannten Förderbeitrag von meinem/unserem Konto einzuziehen.

Der Betrag wird vierteljährlich (bei regelmäßiger Fördermitgliedschaft) eingezogen.

Bankleitzahl (BLZ): _____

Name der Bank: _____

Konto-Nummer: _____

Das Konto wird nicht unter meinem/unserem Namen geführt, sondern unter folgendem Namen/folgender Bezeichnung: _____

Ort und Datum, _____

Unterschrift des Zahlungspflichtigen

Unterschrift bei abweichendem Kontoinhaber