

## **Aufnahme-Antrag**

„Förderverein Naturbad Weißenbrunn  
der Gemeinde Leinburg e. V.“  
Holger Enenkiel  
Eichenlohe 15  
91227 Leinburg-Weißenbrunn

Erwachsener      Jugendlicher      Familie      Firma      Verein

\_\_\_\_\_  
Name                                  Vorname                                  Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße                                  Plz                                  Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon                                  Email

*Bei Familienmitgliedschaft:*

\_\_\_\_\_  
Vorname                                  Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Vorname                                  Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Vorname                                  Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Datum                                  (x) Unterschrift    (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

Die Bestimmungen des Datenschutzes werden beachtet. Ihre Daten werden nur für Zwecke des Fördervereins verwendet.

.....

-

- Jahresbeitrag Erwachsener    15 €
- Jahresbeitrag Jugendlicher     8 €
- Jahresbeitrag Familie            30 €
- jährliche Spende                      \_\_\_\_\_ €
- einmalige Spende                    \_\_\_\_\_ €

**Bitte auf der Rückseite das SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen !**

# SEPA-Lastschriftmandat

**Zahlungsempfänger:** Förderverein Naturbad Weißenbrunn  
der Gemeinde Leinburg e.V.  
Eichenlohe 15  
91227 Leinburg

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE85ZZZ00000444639

**Mandatsreferenznummer:** .....

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Förderverein Naturbad Weißenbrunn der Gemeinde Leinburg e.V. Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Förderverein Naturbad Weißenbrunn der Gemeinde Leinburg e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Die Kontobelastung ( Fälligkeitsdatum ) des / der umseitig genannten Betrages / Beträge erfolgt am 01.04. ( oder dem folgendem Geschäftstag ) jeden Jahres, erstmalig am .....

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.

## Kontoinhaber / Bankverbindung

Name des Zahlungspflichtigen ( Kontoinhaber ) :

\_\_\_\_\_

Anschrift:

\_\_\_\_\_

**IBAN (max. 35 Stellen) :** \_\_\_\_\_

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

**Bankname:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
( Ort / Datum )

\_\_\_\_\_  
( Unterschrift des Kontoinhabers )

Von diesem SEPA-Lastschriftmandat und dem umseitigen Aufnahmeantrag erhält der Zahlungspflichtige ( Kontoinhaber ) eine Kopie