



Verein zur Integration behindertener und nicht behindertener Kinder

**Kinderstadt e.V.**

Liedering 7 83119 Obing

Tel. 08075-245

kinderstadt@t-online.de

## Beitrittserklärung

---

Herr/Frau ..... Straße: .....

geb. am. .... PLZ/Ort: .....

email ..... Telefon: .....

erklärt sich bereit, dem Kinderstadt e.V. als Mitglied beizutreten.

Der Monatsbeitrag beträgt:

€ 1,55     € 2,60     € 4,10     € 5,15     € .....

....., den.....

Datum

.....

Unterschrift

---

## SEPA- Lastschriftmandat

Gläubiger-ID DE59ZZZ00001113243

Mandats-Referenznummer 0\*\*\*

\*\*\* *Mitgliedsnummer*

Ich ermächtige den Kinderstadt e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Kinderstadt e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name/Kontoinhaber: ..... Kreditinstitut .....

IBAN: ..... BIC: .....

Mitgliedsbeiträge werden halbjährlich jeweils zum 1. Feb. und 1. Okt. eines Kalenderjahres eingezogen.

....., den .....

.....  
Unterschrift Kontoinhaber