



Eintrittserklärung

Societas Luviniacum e.V.,
c/o Sven Dünnwald, Seithümerstraße 14, 50859 Köln
Telefon: 0152 33980859 (Sven Dünnwald)
E-Mail: folgt

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Societas Luviniacum ab dem _____.

Als Mitglied oder als Mitglied, dessen Lebenspartner bereits Mitglied ist.

(Eintrittserklärung und SEPA-Lastschriftmandat bitte für jedes eintretende Mitglied ausfüllen u. unterschreiben.)

Vorname (w/m):

Name:

Geburtsdatum:

Beruf (freiwillige Angabe):

Straße/Nr.:

PLZ/Wohnort:

Tel.:

Mobil:

E-Mail:

Alle Daten werden im Sinne des Datenschutzgesetzes vertraulich behandelt.

Beiträge sind im Voraus - ausschließlich im Lastschriftinzugsverfahren - zu entrichten.

Die An- und Abmeldung hat schriftlich an den Verein zu erfolgen. Die Vereinszugehörigkeit beginnt mit der Abgabe der vollständigen und rechtsgültig unterschriebenen Eintrittserklärung und des SEPA-Lastschriftmandats an den Verein und der Zustimmung des Geschäftsführenden Vorstands.

Der Austritt aus dem Societas Luviniacum (Kündigung) erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Vorstand. Der Austritt kann nur zum 31.12. eines jeweiligen Jahres unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten (Posteingang beim Societas Luviniacum) erklärt werden.

Mit dem Vorstehenden erkläre ich mich einverstanden. Die Vereinssatzung in der gültigen Fassung vom 28.09.2018 kann auf Anfrage per E-Mail zugesendet werden und wird von mir anerkannt.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers



Beiträge Stand 28.09.2018

Mitgliedsbeitrag:

- a) Mitglied
Jahresbeitrag: € 50,00
Zusätzlich wird eine freiwillige Spende in Höhe von mind. € 61,00 erwünscht
- b) Mitglied, dessen Partner schon Mitglied ist
Jahresbeitrag: € 25,00
Zusätzlich wird eine freiwillige Spende in Höhe von mind. € 31,00 erwünscht

SEPA-Lastschriftmandat

Vereinsmitglied (Vorname und Name):

Societas Luviniacum e.V., c/o Sven Dünnwald, Seithümerstraße 14, 50859 Köln
Gläubiger-Identifikationsnummer : DE77LUV00002177882

Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer - wird in der Erstlastschrift mitgeteilt)

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

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

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlungen / Beträge gemäß jeweils gültiger Beitragsordnung

Kontoinhaber Name	
Kontoinhaber Vorname	
Straße/Nr.:	
PLZ/Wohnort:	
E-Mail:	
I B A N :	
B I C :	
Bank :	

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers