

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich / wir erkläre(n) hiermit meinen/unseren Beitritt zum Verein **Trauernde Eltern und Kinder im Saarland e.V.** und erkenne(n) die Satzung an.

Name

Beginn der Mitgliedschaft

Vorname (1. Mitglied)

Vorname (2. Mitglied)

Straße / Hausnr.

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail-Adresse

Ich / wir zahle(n) den Betrag von jährlich:

- 24,00 € für Einzelpersonen
 36,00 € für Paare
 € (anderer Betrag)

Im Jahr des Vereinsbeitritts wird der Jahresbeitrag anteilig berechnet, wobei für den Beitrittsmonat der volle anteilige Beitrag zu entrichten ist.

Datum

Unterschrift

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich/ wir den Verein **Trauernde Eltern und Kinder im Saarland e.V.** widerruflich den von mir/ uns zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag jährlich mittels Lastschrift von meinem/ unserem unten genannten Konto einzuziehen.

Name Kontoinhaber

Konto-Nr.

Bank

BLZ

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers