

Sippenverband Harm und Hille Oldebusch



Beitrittserklärung

Sippenverband Harm und Hille Oldebusch
Bardenflether Helmer 3

27804 Berne

Hiermit melde(n) ich (wir) mich (uns) zum o.g. Sippenverband an, unter Anerkennung der
Verbandsatzung.

Antragsteller/in				Datum			
Name	Vorname	Geb.name	Geb.datum	PLZ, Ort			
				Straße			
				Telefon			
				Fax			
				E-Mail			

Weitere Familienmitglieder				Verhältnis zum Antragsteller/Ausbildung			
Name	Vorname	Geb.name	Geb.datum	Kind	Gefährte	Student	Auszubild.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Letzte Träger/in der Namen Ohlebusch, Ohlenbusch, Ohldebusch, Oldenbusch, Olenbush:

Name	Vorname	Geb.dat.	verwandt als	PLZ	Ort	Straße

Wurde bereits Ahnenforschung in Ihrem Familienzweig betrieben? ja nein

Hinweise, Anregungen und Verbesserungsvorschläge bitte auf der Rückseite eintragen.

Jahresmitgliedbeiträge:

Ehepaare oder Lebensgefährten EUR 10,00
Einzelpersonen EUR 7,50
Schüler, Studenten, Auszubildende EUR 2,50

Höhere Beträge für Verbandszwecke werden gern angenommen.

- Den Mitgliedsbeitrag entrichte/n ich/wir unaufgefordert gemäß der Satzung im 1. Quartal eines jeden Kalenderjahres auf das Konto DE48280501000030216337 bei der LzO, BIC SLZODE22XXX.
- Bitte buchen Sie den Betrag gemäß angehängtem SEPA-Lastschriftmandat von meinem Konto ab.

Unterschrift der Antragsteller:

Sippenverband Harm und Hille Oldebusch

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch SEPA-Lastschriftmandat



An (Zahlungsempfänger)

Sippenverband
Harm und Hille Oldebusch
Bardenflether Helmer 3

27804 Berne

SEPA-Lastschriftmandat

Wiederkehrende Zahlungen

Name, Vorname und genaue Anschrift des Kontoinhabers

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ Wohnort: _____

Hiermit ermächtige ich den Sippenverband (Gläubiger-Id: DE49ZZZ0000180697), die von mir zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen.

Kreditinstitut:

IBAN: _____ BIC: _____

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Sippenverband 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.

Ort und Datum: _____

Unterschrift des Zahlungspflichtigen: _____