

Mitgliedsantrag

ACT of Charity e.V.



ACTOFCHARITY

Personendaten	
Name:	
Vorname:	
Straße/Nr.:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	
Mobiltelefon:	
E-Mail:	
Geburtsdatum:	
Eintritt (Datum):	

Mitgliedsbeitrag (bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/>	Fördermitglied mit einem Beitrag in Höhe von 10 € pro Monat
<input type="checkbox"/>	Vollmitglied mit einem Beitrag in Höhe von 10 € pro Monat sowie die Übernahme einer Patenschaft in Höhe von 30 € pro Monat

Die Beiträge sind jährlich im Voraus oder monatlich per Dauerauftrag auf das folgende Vereinskonto zu überweisen:

Bank Commerzbank AG

BLZ 380 400 07

Konto 113 60 50

Unterschrift

Mit dieser Erklärung trete ich dem VEREIN ACT of Charity bei. Durch den Beitritt entstehen gegenüber dem Verein keinerlei finanzielle, materielle sowie sonstige Forderungsansprüche. Die Mitgliedschaft kann mit einer Frist von 3 Monaten zum 31.12. eines Jahres gekündigt werden. Eine Rückerstattung von bereits gezahlten Beträgen ist nicht möglich. Der Vorstand des Vereins behält sich das Recht vor, Mitglieder in begründeten Ausnahmefällen auszuschließen.

Ort, Datum, Unterschrift (Bei Minderjährigen:
Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

--