

Förderverein STRALSUND MUSEUM e.V.  
Mönchstraße 25 - 28  
18439 Stralsund

# Beitrittserklärung

Ich/wir möchte/n Mitglied im Förderverein STRALSUND MUSEUM e.V. werden.  
Die Satzung des Vereins habe ich / haben wir zur Kenntnis genommen.

Der **Jahresmitgliedsbeitrag** beträgt für:

Natürliche Personen .....	25,00 €
Juristische Personen .....	100,00 €
Ehepaare .....	30,00 €
Rentner .....	10,00 €
Rentnerehepaare .....	15,00 €
Schüler, Auszubildende, Studenten .....	5,00 €
Erwerbslose .....	5,00 €

Die Beiträge sind **Mindestbeiträge**, höhere Beiträge sind möglich und erwünscht. Ab 50,00 € werden auf Wunsch auch **Spendenbescheinigungen** ausgestellt. Der Förderverein STRALSUND MUSEUM e.V. ist gemeinnützig. Der Mitgliedsbeitrag ist auf das o. g. Konto bis zum 31. Januar des laufenden Jahres per Überweisung zu zahlen. Es wird empfohlen, zur Erleichterung die Überweisung des Mitgliedsbeitrags als Dauerauftrag einzurichten.

## Meine / unsere Daten:

---

**Name / Vorname**

---

**Anschrift**

---

**E-Mail Adresse**

---

**Telefon**

---

**Höhe meines / unseres Beitrags in €**

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift/en**

Bitte drucken Sie dieses Formular aus und schicken Sie es uns per Post. Oder Sie schicken die digital ausgefüllte Beitrittserklärung per E-Mail, dann ist diese auch ohne Unterschrift gültig.

**PDF jetzt verschicken**

# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Förderverein STRALSUND MUSEUM e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**

**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Mönchstraße 25-27

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

18439 Stralsund

**Land / Country:**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

| D E 8 3 Z Z Z 0 0 0 0 2 5 2 6 4 8 9 |

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):**

| M i t g l i e d s n u m m e r : |

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

**Zahlungsart / Type of payment:**

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment  Einmalige Zahlung / One-off payment

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:**

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address**

**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

**Land / Country:**

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):**

**BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

**Ort / Location:**

**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):**

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**