

Name, Vorname			
Strasse und Nr.			
PLZ, Ort			
Geb.-Datum:		Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse			

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich den Beitritt zum Förderverein PrellballProjekt Berlin e.V.
 Der Jahresbeitrag beträgt zurzeit 20,00 € pro Kalenderjahr und wird zum 15.02. jeden Jahres, durch SEPA-Lastschriftmandat, fällig. Mir ist bekannt, dass bei Beitritt innerhalb eines Jahres der Jahresbeitrag sofort fällig wird und innerhalb von vier Wochen durch SEPA-Lastschriftmandat eingezogen wird.

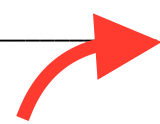
Mit dem Beitritt erkenne ich die Satzung des Fördervereins PrellballProjekt Berlin e.V. an.

Spendenerklärung (wenn zutreffend, bitte ankreuzen!)

Ich möchte den Förderverein PrellballProjekt Berlin e.V. unterstützen und spende:

- monatlich zum 15. ab: _____
- Quartalsweise Beginn: ___ Januar-März ___ April-Juni ___ Juli-September ___ Oktober-Dezember
- Halbjährlich Beginn: ___ Januar-Juni ___ Juli-Dezember
- Jährlich ab Kalenderjahr: _____
- Einmalig

Einen Betrag von _____, _____ €



**Ausgefüllt bitte an:
 Frank Schwanz
 In den Wörden 17
 16356 Ahrensfelde
 frank.schwanz001@kabelmail.de
 oder persönlich abgeben!**

Die Spenden werden per SEPA-Lastschriftmandat vom angegebenen Konto eingezogen.

Wichtiger Hinweis:

Diese Spendenzusage wird vom Finanzamt nicht als Nachweis einer geleisteten Spende anerkannt. Für den Nachweis stellt der Förderverein eine Zuwendungsbestätigung nach amtlichem Muster aus.

 Ort, Datum Unterschrift Mitglied / Spender

Gläubiger-Identifikationsnummer des Fördervereins PrellballProjekt Berlin e.V.: DE9500100001972791

Kontoverbindung: IBAN: DE72 1005 0000 0190 5944 46 BIC: BELADEBEXX

Als Mandatsreferenz wird die Mitgliedsnummer verwandt.



**auch einmalige
 Spenden bitte
 auf dieses Konto
 überweisen!**

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Förderverein PrellballProjekt Berlin e.V., meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Förderverein PrellballProjekt Berlin e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

 Kontoinhaber (Name, Vorname)

 Kreditinstitut BIC

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

IBAN

 Ort, Datum Unterschrift Kontoinhaber