



Beitrittserklärung (natürliche Personen) Original

Mitglieds-Nr. _____ (wird vom Verein eingetragen)

OK4 Neuwied

Hiermit trete ich dem Trägerverein „Offener Kanal Neuwied e.V.“ als Mitglied bei.

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Plz /Ort: _____

E-Mail: _____ Festnetz ☎: _____

Geb. Datum: _____ Mobil ☎: _____

Ich bin bereit einen kalenderjährlichen Mitgliedsbeitrag von Euro zu zahlen.

- Mitgliedsbeitrag € 30,00
- Schüler, Studenten, Auszubildende, Arbeitslose, Rentner € 15,00
- Familien € 40,00

Bei Familien Angabe der Familienmitglieder:

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Ich habe eine Ausfertigung der Vereinssatzung und der Beitragsordnung sowie eine Kopie dieser Beitrittserklärung erhalten.

Ich bin damit einverstanden, dass meine / unsere Angaben in einer EDV – Anlage des Trägervereins „Offener Kanal Neuwied e.V.“ gespeichert werden. Eine Weitergabe dieser Daten an Dritte ist ausgeschlossen.

Datum: _____

Unterschrift des Mitglieds: _____

Achtung: Bitte auch Seite 2 (Rückseite) ausfüllen

Offener Kanal Neuwied e. V.
Heddesdorfer Straße 35
56564 Neuwied
Fon: 0 26 31 - 89 65 43
Steuer Nr.: FA Neuwied 32/671/5122/3
Vereinsregister: AG Montabaur VR 11080

Internet:
neuwied@ok4.tv
www.okneuwied.de
www.ok4.tv

Bankverbindungen:
Sparkasse Neuwied
IBAN: DE98 5745 0120 0030 2377 96
VR-Bank Neuwied-Linz
IBAN: DE03 5746 0117 0000 1658 17

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
bei Minderjährigen

Name des gesetzlichen Vertreters
bei Minderjährigen

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE17ZZZ00000363995
Mandatsreferenz ist Ihre Mitgliedsnummer (wird Ihnen separat mitgeteilt).

Ich ermächtige den Offenen Kanal Neuwied e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Offenen Kanal Neuwied e.V. 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE__|____|____|____|____|__
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift des Kontoinhabers

Falls der Kontoinhaber nicht mit dem Vereinsmitglied identisch ist, gilt dieses SEPA – Lastschriftmandat für die Mitgliedschaft von:

VORNAME UND NAME des Mitglieds

**Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung der Lastschrift. Die Kosten für den vergeblichen Beitragseinzuges gehen zu meinen / unseren Lasten.
Dieser Regelung stimme(n) ich / wir zu:**

Ort, Datum, Unterschrift des Kontoinhabers