

Elternverein Lubmin e.V.
Am Teufelstein 51
17509 Lubmin

WIR sind ehrenamtlich tätig für Kinder und Familien im Amtsbereich Lubmin seit 1992.



Mitgliedsantrag/Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied im Elternverein Lubmin e.V.. Ich möchte den Lubminer Elternverein e.V. unterstützen durch eine Mitgliedschaft mit einem Jahresbeitrag in Höhe von 12 Euro und durch aktive Mithilfe bei der Durchführung von Veranstaltungen. Ich erkenne die Satzung des Vereins und die damit verbundenen Rechte und Pflichten an.

Der jährliche Mitgliedsbeitrag wird über ein Einzugsermächtigungsverfahren bis zum 1. März eines jeden Kalenderjahres auf das unten angegebene Vereinskonto eingezogen. Bitte erteilen Sie uns ihr Einverständnis für das Sepa-Lastschriftmandat.

Persönliche Angaben:

Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____
PLZ, Wohnort: _____
Geburtsdatum: _____
Telefon privat: _____
Telefon mobil: _____
E-Mail: _____

Ort, Datum:

Unterschrift:

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden, dass im Rahmen von Veranstaltungen erstellte Film- und Fotoaufnahmen für Veröffentlichungen auf der Internetseite des Vereins sowie für weitere Publikationsmöglichkeiten zur Öffentlichkeitsarbeit des Vereins unentgeltlich genutzt werden dürfen. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Vorsitzende
Anja Dunzik
Stellvertreterin
Kathrin Hecht
Fränzie Zöllner

Vereinssitz
Am Teufelstein 51
17509 Lubmin
Vereinsregister Greifswald
Registernummer VR 0384

Bankverbindung
INSTITUT Sparkasse Vorpommern
IBAN DE67 1505 0500 0100 0198 38
BIC NOLADE21GRW

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

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

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 / 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 / Signature(s) of the debtor: