

Anmeldung

natürlich lernen **Worms e.V.**

Brückenstraße 2 · 67551 Worms · Tel. 0 62 41 - 857 28 11

Hiermit erkläre ich den Beitritt zum Verein »*natürlich lernen* **Worms e.V.**« gemäß der Satzung.

Beitragsgruppe:

- | | |
|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre | 12,- € pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> Erwachsener | 24,- € pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> Familie (siehe Rückseite) | 36,- € pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> Ermäßigter Beitrag
Azubis, Wehrpflichtige, Ersatzdienstleistende,
Studenten, Rentner und Menschen mit Behinderung | 12,- € pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> Förderer | _____ € pro Jahr |

Zusätzlich zu meinem jährlichen Mitgliedsbeitrag möchte ich
eine einmalige Spende in Höhe von _____ € leisten.

Vor- und Nachname / Firmenbezeichnung

Geburtsdatum

Adresse / Postfach

Festnetz

Mobiltelefon (optional)

Email

Fax (optional)

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte beachten Sie die Rückseite. **SEPA-Lastschriftmandat** erforderlich.

Anmeldung

natürlich lernen **Worms e.V.**

Brückenstraße 2 · 67551 Worms · Tel. 0 62 41 - 857 28 11

Ehepartner:

Vorname und Nachname (sofern abweichend)

Geburtsdatum

Festnetz

Mobiltelefon (optional)

Email

Fax (optional)

Kinder:

Vorname und Nachname (sofern abweichend)

Geburtsdatum

Vorname und Nachname (sofern abweichend)

Geburtsdatum

Vorname und Nachname (sofern abweichend)

Geburtsdatum

Vorname und Nachname (sofern abweichend)

Geburtsdatum

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige »*natürlich lernen Worms e.V.*«, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von »*natürlich lernen Worms 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.

Gläubiger-Identifikationsnummer **DE65NLW00001076469**

Mandatsreferenz **WIRD SEPARAT MITGETEILT**

Name des kontoführenden Kreditinstituts

BIC

DE

IBAN

Name des Kontoinhabers

Ort, Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!