

Mitgliedsantrag

An den

Freifunk Ostholstein e.V.

Postfach 12 20

23661 Timmendorfer Strand

Ich trete dem Verein „Freifunk Ostholstein e.V.“
bei als (bitte ankreuzen)

Ordentliches Mitglied

Fördermitglied

Gemäß der Satzung bin ich (bitte ankreuzen)

Privatperson (rein private Nutzung)

Gemeinnützige Organisation

Andere

(inkl. Einzelunternehmen)

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Freifunk Ostholstein e.V. .

Name : _____

Vorname : _____

Firma : _____

Straße : _____

PLZ / Ort : _____

Fax : _____

E-Mail: _____

Internet: _____

Die Mitgliedschaft ist für Personen, die Freifunk ausschließlich privat nutzen und gemeinnützige Organisationen kostenfrei. Für alle anderen beträgt der Mitgliedsbeitrag jährlich 25,00 €. Um großzügige Geld- und Sachspenden für die gemeinnützige Versorgung auch öffentlicher Gelände und Spazierwege wird gebeten.

Der Teilnahme am Lastschriftverfahren stimme ich zu. Diese erfolgt grundsätzlich an einem dritten Dienstag eines Jahres. Bitte füllen Sie dafür das umseitige Lastschriftmandat bei Bedarf aus.

Die Mitgliedschaft gilt für das Kalenderjahr und verlängert sich automatisch so sie nicht bis zum 30.9. desselben Jahres schriftlich gekündigt wird.

Ich trete dem Verein als Mitglied in einer bereits bestehenden Organisation bei, mit dem Freifunk Ostholstein e. V. (FOH) ein bestehendes Rahmenabkommen geschlossen hat.

(bitte ankreuzen)

Tourist-Service

Timmendorfer-Strand e.V.

Datum, Ort: _____

Unterschrift: _____

Freifunk Ostholstein e.V.

Freifunk Ostholstein e.V.
Postfach 12 20
23661 Timmendorfer Strand

Email: info@ostholsten.freifunk.net
Internet: <http://www.ostholstein.freifunk.net>
Fax: +49 4503 351735

IBAN: DE98 2139 2218 0000 1410 70
BIC: GENODEF1EUT
Bank: Volksbank Eutin Raiffeisenbank



SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

An den
Freifunk Ostholstein e. V.
Postfach 12 20
23662 Timmendorfer Strand

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) DE47ZZZ00001510383	Mandatsreferenz
--	-----------------

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Kreditinstitut	
BIC ¹	IBAN

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Frist zum Versand der Vorabinformation

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass uns der Zahlungsempfänger über die anfallenden Entgelte spätestens ¹ Geschäftstage vor der Belastung eine Rechnung übersenden wird, die jeweils den Lastschriftbetrag und den Fälligkeitstag ausweist.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

An den
Freifunk Ostholstein e. V.
Postfach 12 20
23662 Timmendorfer Strand

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) DE47ZZZ00001510383	Mandatsreferenz
--	-----------------

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Kreditinstitut	
BIC ¹	IBAN

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Frist zum Versand der Vorabinformation

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass uns der Zahlungsempfänger über die anfallenden Entgelte spätestens ¹ Geschäftstage vor der Belastung eine Rechnung übersenden wird, die jeweils den Lastschriftbetrag und den Fälligkeitstag ausweist.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.