

Volkskundliche Kommission für Niedersachsen e. V.

c/o Museumsdorf Cloppenburg – Niedersächsisches Freilichtmuseum • Bether Straße 6 • 49661 Cloppenburg

Beitrittserklärung

Hiermit trete ich der Volkskundlichen Kommission für Niedersachsen e. V. bei.

Jahresbeitrag:

- Vollbeschäftigte bzw. Institutionen 30,00 EUR
 Teilzeitbeschäftigte/Arbeitssuchende 20,00 EUR
 Studierende 12,00 EUR

Ich zahle den Beitrag:

- per Lastschrift. SEPA-Lastschriftmandat ist beigelegt
 per Überweisung. Der Mitgliedsbeitrag ist spätestens zum 01.03. eines Geschäftsjahres zu überweisen.

Ich trete der Volkskundlichen Kommission für Niedersachsen e. V. bei als

- Privatperson im Auftrag einer Institution

Anschrift der Institution/Dienstliche Anschrift

Institut/Einrichtung:

Ansprechpartner:

Anschrift:

E-Mail:

Telefon: Fax:

Private Anschrift:

Name, Vorname:

Anschrift:

E-Mail:

Telefon:

Handy:

Möchten Sie mit Ihrem Namen und ggf. Ihrer Tätigkeit auf der Homepage der VKN genannt werden?

- Ja Nein

Bitte nennen Sie uns ggf., welche Angaben (z. B. Ämter/Funktionen, Projekte, Interessensfelder, Publikationen etc.) Sie aufgeführt sehen wollen! Oder notieren Sie untenstehend ggf. die Adresse Ihrer persönlichen Homepage:

Der Beitritt erfolgt zum Beitragsjahr:

Ort, Datum, Unterschrift

Volksbank Cloppenburg eG

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)

Für das **SEPA-Basis-Lastschriftverfahren** / SEPA Core Direct Debit Scheme und Core1

Wiederkehrende Zahlungen/ Recurrent Payment

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Volkskundliche Kommission
für Niedersachsen e.V.
c/o Museumsdorf Cloppenburg -
Niedersächsisches Freilichtmuseum
Postfach 1344
49693 Cloppenburg

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/CreditorIdentifier)

DE60ZZZ00001078208

Mandatsreferenz-Nr.:

SEPA-Lastschriftmandat

Ich / Wir ermächtige(n)

(Name des Zahlungspflichtigen)

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

(Name des Zahlungsempfängers)

Volkskundliche Kommission für Niedersachsen e.V.

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)

(IBAN)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ort, Datum

Unterschrift
