



# Mitgliedsantrag

Wir freuen uns, dass du dich dazu entschieden hast, dem Verein Rock am Raum e.V. beizutreten. Dazu müsstest du bitte noch das folgende Formular vollständig ausfüllen.

## PERSONENDATEN

Name:	_____	Vorname:	_____
Straße:	_____	Nr.:	_____
PLZ:	_____	Ort:	_____
Telefon:	_____	Mobiltelefon:	_____
E-Mail:	_____		
Geburtsdatum:	_____	T-Shirt Größe:	_____
Eintritt (Datum):	_____	Austritt:	_____
Besonderheiten: (bspw. Vegetarier)	_____		

## MITGLIEDSBEITRAG (STAND 01.2015)

Einzelmitgliedschaft: 20,00 €/Jahr  
Familienmitgliedschaft: 30,00 €/Jahr (inkl. Ehepartner)

Gewünschte Zahlungsweise:  SEPA-Basis-Lastschriftzug

Der oben genannte Jahresbeitrag ist für das Beitragsjahr jeweils fällig zum 01.02. des jeweiligen Jahres. Fülle bitte für den SEPA-Basis-Lastschriftzug das beigegefügte Formular zur Erteilung des SEPA-Lastschriftmandates in zweifacher Ausfertigung aus (ein Exemplar verbleibt in den eigenen Unterlagen).

## UNTERSCHRIFT

Mit dieser Erklärung trete ich dem Rock am Raum e.V. bei. Durch den Beitritt entstehen gegenüber dem Rock am Raum e.V. keinerlei finanzielle, materielle sowie sonstige Forderungsansprüche. Die Mitgliedschaft kann jederzeit ohne Fristeinhaltung gekündigt werden. Eine Rückerstattung von bereits gezahlten Beträgen ist nicht möglich. Der Vorstand von Rock am Raum e.V. behält sich das Recht vor, Mitglieder in begründeten Ausnahmefällen auszuschließen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift (Bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

## VOM VEREIN AUSZUFÜLLEN

Dem Antrag wurde mit Vorstandsbeschluss  zugestimmt  
 nicht zugestimmt

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Vereinsvorstand

Sitz des Vereins: Waldfeucht, Vereinsregisternr. 70474  
Steuernummer: 210/5794/0397 Ust.-ID: DE122483896  
gesch. Vorstand: Franziska Dahlmanns, Christian Hahn,  
Thomas Winkel

Bankverbindung Raiffeisenbank Heinsberg  
Konto: 280 155 50 15 - BLZ: 370 694 12  
IBAN: DE85 3706 9412 2801 5550 15 - BIC: GENODED1HRB

Rock am Raum e.V.  
Brabanter Straße 115  
52525 Waldfeucht  
Telefon (0 24 55) 930 622 2  
Fax (0 24 55) 930 089 8

Web: [www.rockamraum.de](http://www.rockamraum.de)  
E-Mail: [rockamraum@rockamraum.de](mailto:rockamraum@rockamraum.de)

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

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Rock am Raum e. V.**  
**Brabanter Str. 115**  
**52525 Waldfeucht**

Wiederkehrende Zahlungen  
 Einmalige Zahlung

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

**DE2ZZZ00001276578**

Mandatsreferenz (Wird vom Zahlungsempfänger vergeben)

SEPA-Lastschriftmandat

[Name des Zahlungsempfängers]

Ich/Wir ermächtige(n) **Rock am Raum e. V.**

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

[Name des Zahlungsempfängers]

**Rock am Raum 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<sup>1</sup>

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift(en)

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/for SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Rock am Raum e. V.**  
**Brabanter Str. 115**  
**52525 Waldfeucht**

Wiederkehrende Zahlungen  
 Einmalige Zahlung

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

**DE2ZZZ00001276578**

Mandatsreferenz (Wird vom Zahlungsempfänger vergeben)

SEPA-Lastschriftmandat

[Name des Zahlungsempfängers]

Ich/Wir ermächtige(n) **Rock am Raum e. V.**

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

[Name des Zahlungsempfängers]

**Rock am Raum 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<sup>1</sup>

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift(en)

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