



BEITRITTSERKLÄRUNG

Name, Vorname :

Geb. :

Straße, Haus – Nr. :

PLZ, Ort :

Telefon / Fax :

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum

AGAPE CHILDREN CENTER e. V., Am Kreuzeck 14, 53757 St. Augustin

Der Mitgliedsbeitrag beträgt zur Zeit für ordentliche Mitglieder mindestens 50 € jährlich .
(Es sind auch monatliche Beiträge möglich)

Ich zahle einen Jahresbeitrag in Höhe von € jährlich.

Hierüber erteile ich dem oben genannten Verein eine

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Hiermit ermächtige ich den o.g. Verein jederzeit widerruflich, die von mir zu entrichtenden
Zahlungen des o.g. Jahresbeitrages bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos bei:

Name der Bank / Sparkasse :

Kontonummer :

Bankleitzahl :

Name des Kontoinhabers :

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens der o.g.
kontoführenden Stelle keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden nicht
vorgenommen.

Ort / Datum :

Unterschrift des Mitglieds
und des Kontoinhabers :