



Circuszentrum Balloni e.V.
 Doyenweg 15, 59494 Soest
 vorstand@circuszentrum.de
 Tel. 02921/9810560

| | |
|--|-----------------|
| Eintrittsdatum | Mitgliedsnummer |
| ↑ wird vom Circuszentrum ausgefüllt ↑ | |
| Ich möchte dem FÖRDERVEREIN des Circuszentrum Balloni beitreten. | |
| Name | Geburtsdatum |
| Straße | PLZ, Ort |
| Telefon | E-Mail |
| Ich unterstütze den Verein mit monatlich 2,50 €, plus _____ € als monatliche Spende. | |

Der Jahresbeitrag im Träger- und Förderverein des Circuszentrums Balloni e.V. beträgt mind. 30,00 € im Jahr. Die Mitgliedschaft im Förderverein kann zwei Monate vor Ablauf des Kalenderjahres gekündigt werden. Sie verlängert sich um ein Jahr, wenn die Kündigung nicht fristgerecht eingeht. Alle Änderungen, Anmeldungen oder Kündigungen etc. sind nur gültig, wenn sie dem Verein **schriftlich** (per Post oder E-Mail) mitgeteilt werden.

 Ort, Datum

 Unterschrift

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

| | |
|---|--|
| Name und Anschrift Zahlungsempfänger (Gläubiger): Circuszentrum Balloni e.V. Doyenweg 15 59494 Soest, Deutschland | Gläubiger-Identifikationsnummer: DE40ZZ00000519460 Mandatsreferenznummer (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): |
|---|--|

Ich/Wir ermächtige(n), das **Circuszentrum Balloni e.V.** Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Circuszentrum Balloni 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 belastenden Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

| | |
|--------------------------------|-----|
| Kontoinhaber/in (Vorname/Name) | |
| Straße, Hausnummer | |
| PLZ, Ort | |
| Kreditinstitut | BIC |
| IBAN: D E | |

07/2024

 Ort, Datum

 Unterschrift