

Sächsisches Bildungszentrum e.V.

Mitgliedsantrag

Wird vom Verein ausgefüllt

Mitgliedsnr.:

Persönliche Daten des Antragstellers /der Antragstellerin:

Name: Vorname:
Straße:
Postleitzahl: Ort:
Beruf: Nationalität:
Telefon, Fax: E- Mail:
Geburtsdatum:

Der monatliche Mitgliedsbeitrag beträgt _____ Euro.

Lastschriftermächtigung:

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass von meinem unten angegebenen Konto der Betrag
 monatlich jährlich ½- jährlich ¼- jährlich (bis zum schriftlichen Widerruf) durch das
Sächsische Bildungszentrum e.V. abgebucht wird.

ab _____

Bankverbindung:

Kontoinhaber: IBAN:
Bankinstitut: BIC:

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied zum Sächsischen Bildungszentrum e.V.
Ich erkenne die Satzung des Sächsischen Bildungszentrums e.V. an.

Amtsgericht Leipzig Registernummer: 5311

Ort, Datum

Unterschrift