



Genbänkle - Netzwerk zur Förderung der Kulturpflanzenvielfalt in Baden-Württemberg e.V.

Genbänkle e.V.  
Ingo Hubl  
Zeisigstrasse 16

70771 Leinfelden-Echterdingen

## Mitgliedsantrag

Angaben zum **Mitglied**: (Pro Mitglied ein Formular)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ Wohnort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Einzelmitglied, Beitrag 35 € |
| <input type="checkbox"/> Sozialbeitrag, Beitrag 25 €  |
| <input type="checkbox"/> Fördermitglied, Beitrag 55 € |



**Genbänkle** - Netzwerk zur Förderung der Kulturpflanzenvielfalt in Baden-Württemberg e.V.

**Hinweise:**

Die Satzung und weitere Informationen finden Sie im Internet unter: <http://www.genbaenkle.de/>

**Beginn der Mitgliedschaft / Beitragsberechnung:**

Als Eintrittsdatum gilt das Datum der Unterschrift. Der Mitgliedsbeitrag ist ein Jahresbeitrag.

**Austritt / Kündigung:**

Der Austritt kann nur durch schriftliche Erklärung per Brief oder E-Mail gegenüber dem Vorstand zum Jahresende erfolgen.

**SEPA-Lastschriftmandat**

Zum Einzug der Mitgliedsbeiträge wird ein SEPA-Lastschriftmandat abgeschlossen.

**Datenspeicherung:**

Das Mitglied ist damit einverstanden, dass seine Daten für Vereinszwecke per EDV gespeichert werden. Der Verein wird die Daten ausschließlich im Rahmen der Vereinsverwaltung verwenden und nicht an Dritte weitergeben.

**Bankverbindung:** GLS Gemeinschaftsbank eG

IBAN: **DE97430609677046207500**

BIC: **GENODEM1GLS**

**Unterschrift Mitgliedsantrag:** (Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren - Wiederkehrende Zahlung**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Genbänkle e.V.**      Gläubiger-Identifikationsnummer: Mandatsreferenz-Nr. **DE52ZZZ00002103157**

Ich/Wir ermächtige(n) das Genbänkle e.V., Zahlungen von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Genbänkle e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise:

Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Angaben Kontoinhaber / Zahler:

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ + Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

IBAN:                      DE \_\_\_\_\_

BIC:    \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

(alle Informationen notwendig. Bei fehlenden Angaben wird der Antrag bis zur Vollständigkeit zurückgewiesen)