



NEST e.V.
Netzwerk im Kreis
Euskirchen für
Sterbe- und
Trauerbegleitung e.V.
Siemensstr. 18
53902 Bad Münstereifel

Mitglieds-Aufnahmeantrag

Name/Vorname/Juristische Person : _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Verein NEST e.V. und erkenne die Satzung an.

Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag erhoben; er ist bis zum 31.3. jeden Jahres fällig.

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einzelperson | € 15,-/Jahr Mindestbeitrag
(ermäßigt € 5,-/Jahr) |
| <input type="checkbox"/> Familie | € 20,-/Jahr Mindestbeitrag
(ermäßigt € 10,-/Jahr) |
| <input type="checkbox"/> Freiberufler/Selbständig | € 25,-/Jahr Mindestbeitrag
(ermäßigt € 15,-/Jahr) |
| <input type="checkbox"/> Vereine, Institutionen und Gewerbetriebe
mit mehr als einem Angestellten | € 50,-/Jahr Mindestbeitrag
(ermäßigt € 25,-/Jahr) |
| <input type="checkbox"/> Ich zahle freiwillig einen höheren Beitrag | € _____/Jahr |

SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung) siehe Rückseite

Zusätzliche Angaben: (bitte entsprechend kennzeichnen)

- Ich bitte um Informationen über die Vorstandssitzungen, damit ich gemäß § 11 (4) der Satzung daran teilnehmen kann (per E-Mail oder Fax: kostenlos, per Post € 5,-/Jahr)
- Ich bin bereit, im NEST e.V. aktiv mitzuarbeiten.
- Ich stelle den Antrag, dass mein Mitgliedsbeitrag aus folgendem Grund ermäßigt wird:

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Kontoverbindung: NEST e.V., Kreissparkasse Euskirchen, IBAN: DE04 3825 0110 0001 5168 30
BIC: WELADED1EUS - Eingetragen beim Amtsgericht Bonn, 20 VR 11256

NEST e.V.

Netzwerk im Kreis Euskirchen für Sterbe- und Trauerbegleitung e.V.
Siemensstr. 18
53902 Bad Münstereifel

Gläubiger – Identifikationsnummer
DE66ZZZ00001314295

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige NEST e.V. widerruflich, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von NEST e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift

Hinweis:

Ab dem 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.