# *Förderverein Waldschwimmbad Sinn e.V.*

☐ **Aufnahmeantrag** ☐ **Änderungsantrag**

☐ Familie mit Kindern unter 18 Jahren (40,00 €/Jahr)

☐ Einzelperson (25,00 €/Jahr)

☐ Rentner/in, Jugendliche/r, Schüler/in, Student/in (20,00 €/Jahr)

☐ Rentnerehepaar (30,00 €/Jahr)

☐ Juristische Person, unser Beitrag _____ €/Jahr (mindestens 30,00 €)

| | |
|---|---|
| Nachname | Vorname |
| Geburtsdatum | verheiratet seit |
| Gewerbe / Verein / Name | Aufnahme im Förderverein ab: |
| Straße | |
| PLZ / Ort | Mitgliedsausweis erwünscht? (ja/nein) |
| Telefon / Fax | e-mail |

Im Rahmen der Familienmitgliedschaft sollen folgende Personen zusätzlich Mitglied im Förderverein werden:

1. _____
Name, Vorname Geburtsdatum

2. _____
Name, Vorname Geburtsdatum

3. _____
Name, Vorname Geburtsdatum

4. _____
Name, Vorname Geburtsdatum

5. _____
Name, Vorname Geburtsdatum

6. _____
Name, Vorname Geburtsdatum

Ich bin bereit an folgenden ehrenamtlichen Arbeiten mitzuwirken:

☐ Kassiertätigkeit an der Freibadkasse ☐ Kioskbetrieb

☐ Kuchen backen (sonntags) ☐ Bauarbeiten

☐ Garten-/Pflanzarbeiten ☐ Dienst bei Veranstaltungen (Hot Summer Night)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Verein die von mir gemachten Angaben im Rahmen der Mitgliederverwaltung speichert und sie ausschließlich für vereinsinterne Zwecke verwendet. Die Satzung des Vereins erkenne ich mit meiner Unterschrift an.

Der Vereinsbeitrag ersetzt nicht den Eintrittspreis. Er gilt zur finanziellen Unterstützung und somit zum Erhalt des Waldschwimmbades Sinn.

SEPA-Lastschriftmandat (Bankeinzugsermächtigung):
Förderverein Waldschwimmbad Sinn e.V., Storchenweg 14, 35764 Sinn
Gläubiger-Identifikationsnummer DE91WSB00000261880

Ich ermächtige den Förderverein Waldschwimmbad Sinn e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Förderverein Waldschwimmbad Sinn 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.

| | |
|---|---|
| Name, Vorname (Kontoinhaber) | Kreditinstitut |
| Straße, Hausnummer, PLZ, Ort | IBAN<br>D E _ _ \| _ _ _ _ \| _ _ _ _ \| _ _ _ _ \| _ _ _ _ \| _ _ |
| Datum, Unterschrift | SWIFT-BIC<br>_ _ _ _ _ _ _ _ \| _ _ _ |

Bitte zurück an: info@waldschwimmbad-sinn.de