

# SeminarAktionsZentrum Wedemark e.V.

Am Husalsberg 7, 30900 Wedemark/Scherenbostel  
Tel. Büro: 05130 / 58 42 44 info@seminaraktionszentrumwedemark-ev.de

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Ich habe die Satzung des Vereins gelesen und erkenne sie an (nachzulesen unter: [www.seminaraktionszentrumwedemark-ev.de](http://www.seminaraktionszentrumwedemark-ev.de))

Die Datenschutzerklärung habe ich gelesen und erkenne sie an (nachzulesen unter: [www.seminaraktionszentrumwedemark-ev.de](http://www.seminaraktionszentrumwedemark-ev.de))

Der Vereinsbeitrag beträgt für Erwachsene € 20,-/Jahr, für Jugendliche (13-17 Jahre) €15,-/Jahr und für Familien € 40,-/Jahr. Kinder unter 13 Jahren sind frei.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Die Bezahlung des Vereinsbeitrages erfolgt per Lastschrift.

Hiermit ermächtige ich den SeminarAktionsZentrum Wedemark e.V. den Beitrag von €20,-/€15,-/€40,- bei Eintritt in den Verein bzw. künftig im Februar jeden Jahres von meinem/unserem Konto einzuziehen.

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

Bankinstitut: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

(nicht Zutreffendes bitte streichen)