

Antrag auf Mitgliedschaft im Förderverein Saalburg e. V.

Bitte per E-Mail oder Post schicken an:

foerdereverein@saalburgmuseum.de

Förderverein Saalburg e.V.
Römerkastell Saalburg - Archäologischer Park
Am Römerkastell 1
61350 Bad Homburg v.d.H.



Ich / wir beantrage(n) zum _____
die Mitgliedschaft im Förderverein Saalburg e.V.

- als Einzelperson
 als Familie (Ehepaare/Eltern mit ihren Kindern unter 18 J.)
 als juristische Person / institutionelles Mitglied

Als Beitrag werde ich / werden wir jährlich bezahlen:

- den Mindestbeitrag
- von 30,- € für Einzelpersonen
 von 50,- € für Familien
 von 100,- € für juristische Personen /
institutionelle Mitglieder

einen höheren Beitrag als den Mindestbeitrag:

_____ €

Mindestbeitrag und darüber hinaus gezahlte Beträge gelten als Spenden, die steuerlich absetzbar sind.

Aus organisatorischen Gründen kann der Beitrag nur über das SEPA-Lastschriftverfahren bezahlt werden. Bitte füllen Sie hierzu die nachfolgende Einzugsermächtigung aus.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten ausschließlich für Vereinszwecke vertraulich verarbeitet und in einer nicht öffentlich zugänglichen Datenbank beim EDV-Vereinservice der Taunus-Sparkasse gespeichert werden. Zugleich erkläre ich, dass ich die Informationen zum Datenschutz auf der Homepage der Saalburg, Förderverein gelesen haben.

Vor- und Nachname bzw. Firmenbezeichnung

Vor- und Nachname des Partners (bei Familienmitgliedschaft)

Anzahl der Kinder unter 18 J. (bei Familienmitgliedschaft)

Anschrift (Straße und Hausnr.)

Anschrift (Plz. und Wohnort)

Tel.-Nr.

Fax-Nr.

E-Mail

Datum

Unterschrift

Datum Unterschrift des Partners (bei Familienmitgliedschaft)

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnr.: DE21ZZZ00001219754

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, den Förderverein Saalburg e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Saalburg e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer (wird separat mitgeteilt)

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber

IBAN (Konto-Nr.)

Kreditinstitut

BIC (Bankleitzahl)

Datum

Unterschrift