



Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein Freundes- und Förderkreis Sensoria e.V.

| | |
|-----------------|----------------------|
| Vor- und Zuname | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum | <input type="text"/> |
| Straße | <input type="text"/> |
| PLZ und Ort | <input type="text"/> |
| E-Mail | <input type="text"/> |
| Telefon | <input type="text"/> |

- | | | |
|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Als Mitglied | Jahresbeitrag 120 Euro |
| <input type="checkbox"/> | Als Partner*in des Mitglieds | Jahresbeitrag 60 Euro |
| <input type="checkbox"/> | Als privater Förderer | Jahresbeitrag 1.200 Euro |
| <input type="checkbox"/> | Als Unternehmen bis 250 Mitarbeitende | Jahresbeitrag 2.500 Euro |
| <input type="checkbox"/> | Als Unternehmen ab 250 Mitarbeitende | Jahresbeitrag 5.000 Euro |

| | |
|--------------|----------------------|
| Ort/Datum | <input type="text"/> |
| Unterschrift | <input type="text"/> |

Die Mitgliedschaft kann jederzeit zum Jahresende gekündigt werden. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor Jahresende beim Verein eingegangen sein. Das Mitglied hat innerhalb eines Monats ein Widerspruchsrecht. Wird hiervon Gebrauch gemacht, sind alle bisher erbrachten Leistungen rückgängig zu machen. Sollte dies nicht erfolgen, wird das erste Beitragsjahr berechnet. Mit der Aufnahme seines Namens ins Mitgliederverzeichnis ist das neue Mitglied einverstanden. Alle Rechte und Pflichten obliegen dem Mitglied. Bei Minderjährigen dessen Erziehungsberechtigten.

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger

Freundes- und Förderkreis Sensoria e.V. **Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE80ZZZ00002655165

Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige hiermit den Freundes- und Förderkreis Sensoria e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Freundes- und Förderkreis Sensoria e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlungen

| | |
|-------------------|----------------------|
| Name Kontoinhaber | <input type="text"/> |
| Adresse | <input type="text"/> |
| IBAN / BIC | <input type="text"/> |
| Ort/Datum | <input type="text"/> |
| Unterschrift | <input type="text"/> |

Kontakt

Freundes- und
Förderkreis Sensoria
c/o Uwe Schünemann
Werneckestraße 31
37603 Holzminden

Telefon

05531 / 29 11

E-Mail

[kontakt@foerderkreis-
sensoria.de](mailto:kontakt@foerderkreis-sensoria.de)

Webseite

[www.foerderkreis-
sensoria.de](http://www.foerderkreis-
sensoria.de)

Hinweis

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