

# Förderverein „Heilige Dreifaltigkeit“ e.V.

---

## Mitgliedsantrag

§ 2 der Satzung „Zweck und Aufgaben des Vereins“ ist im Sinne des § 54 AO die Beschaffung und Weitergabe der Geldmittel zur Einrichtung und Erhaltung des katholischen Pfarrzentrums Stralsund, sowie etwaige sonstige, der katholischen Kirchengemeinde dienenden Einrichtungen, die keinen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb darstellen.

Mitgliedsnummer / Mandat

Ich möchte Mitglied im Förderverein werden.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Tel / Fax/ E-Mail \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

It. Beschluss der Mitgliederversammlung vom 12.06.2007 beträgt der jährliche Mindestmitgliedsbeitrag 20 Euro.

Ich bin bereit jährlich / monatlich ..... Euro zu zahlen. (Nichtzutreffendes bitte streichen.)

Bitte überweisen Sie den Mitgliedsbeitrag auf das Konto des Fördervereins „Heilige Dreifaltigkeit“ e.V. bei der Sparkasse Vorpommern:

IBAN: DE13 1505 0500 0700 0017 00

BIC: NOLADE21GRW

oder nutzen Sie die Möglichkeit des SEPA-Lastschriftverfahren in dem Sie uns ein Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung) erteilen.

Eingetragen im Vereinsregister VR 561 beim Amtsgericht Stralsund

1. Vorsitzender Jürgen Grieger  
2. Vorsitzender Wolfgang Vogt  
Kassenwart Peter Scholz

Förderverein „Heilige Dreifaltigkeit“ e.V.  
18439 Stralsund, Frankenstraße 39

## SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:

Förderverein „Heilige Dreifaltigkeit“ e.V.  
Frankenstraße 39, 18439 Stralsund

Gläubiger-Identifikationsnummer DE71ZZZ00000263404

Mandatsreferenz                    - - - - - - - - - -

Ich ermächtige den Förderverein „Heilige Dreifaltigkeit“ e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein „Heilige Dreifaltigkeit“ 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.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber):

Name

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl und Ort

---

Kreditinstitut

IBAN

D E \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

(Name und BIC)

---

Datum, Ort und Unterschrift(en) \_\_\_\_\_