

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied von pro familia Bezirksverband Niederbayern e.V.  
Die Ziele und die Satzung der **pro familia** sind mir bekannt.

\_\_\_\_\_  
Name / Vorname:

\_\_\_\_\_  
Straße & Hausnummer, PLZ & Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum, Telefonnummer, Email

### Beitrag jährlich (zutreffenden Betrag ankreuzen):

- Euro 39,00
- Euro 25,00 (für nichtverdienende und Studierende)
- Euro 50,00 (Familienbeitrag)
- freiwillig erhöhter Betrag von Euro \_\_\_\_\_ / Jahr

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitglieds

Ein Austritt – jeweils zum Ende eines Kalenderjahres – erfolgt durch schriftliche Erklärung an pro familia Bezirksverband Niederbayern e.V., eine Kündigungsfrist besteht nicht.

Die personenbezogenen Daten der Mitglieder werden nur für eigene Zwecke des Vereins (Mitgliederinformationen, Einladungen zur Mitgliederversammlung u. ä.) verarbeitet. Außerdem werden die Adressdaten und -änderungen dem Bundesverband zur weiteren Bearbeitung für den Versand der pro familia Zeitschrift übermittelt.

## Erteilung eines Mandats zum Einzug von SEPA-Basislastschriften:

Zahlungsempfänger: pro familia Bezirksverband Niederbayern e.V., Leopoldstraße 9, 94032 Passau

Gläubiger ID: DE03ZZZ00000508389

Mandatsreferenz: p r o f a \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ (=profa+8 Stellen Ihrer Mitglieds-ID)

Ich ermächtige pro familia Bezirksverband Niederbayern e.V., Zahlungen für das oben angeführte Mitglied von meinem Konto mittels Lastschrift satzungsgemäß einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von pro familia Bezirksverband Niederbayern 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.

**Kontoinhaber:**  Name, Anschrift wie oben

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber) / Firma

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

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

DE \_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers