

MITGLIEDSANTRAG

für die ordentliche Mitgliedschaft von

Name, Vorname

- Ja, ich möchte ordentliches Mitglied des Vereins „Fachhochschule Stralsund Alumni e.V.“ werden.

Mir sind der Zweck und der Nutzen des Vereins – so wie es in der Satzung genannt ist – bewusst und ich erkläre mich bereit, den Verein in seinen Aufgaben nach Kräften zu unterstützen.

Eine Aufgabe des Vereines ist es, ein Netzwerk von Kontakten aufzubauen und zu pflegen. Diesem Zweck dienen die Daten, die auf dem umseitigen Erfassungsbogen einzutragen sind und in der Datenbank des FH Stralsund Alumni e.V. gespeichert werden.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich den für mich verbindlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von derzeit € 15,- pro Kalenderjahr an (kostenfreie Mitgliedschaft im ersten Jahr).

Hiermit ermächtige ich den Verein „FH Stralsund Alumni e.V.“ widerruflich, den von mir zu entrichtenden Beitrag bei Fälligkeit, zu Lasten meines nachfolgend genannten Kontos durch Lastschrift einzuziehen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ein Austritt nur schriftlich unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 4 Wochen zum Kalenderjahresende berücksichtigt werden kann. Eine anteilige Beitragsrückerstattung erfolgt nicht.

Bank

Konto

BLZ

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an. Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass im Rahmen meiner Vereinsmitgliedschaft die persönlichen Angaben auf dem von mir gewissenhaft ausgefüllten Erfassungsbogen im Sinne des Vereinszwecks genutzt und weitergegeben werden dürfen. Bitte Rückseite (Erfassungsbogen) beachten! Unbedingt ausfüllen!

Ort, Datum

Unterschrift

ERFASSUNGSBOGEN

Anschrift, privat.

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Fax

Handy

E-mail

Geburtsdatum

Geburtsname (falls abweichend)

Angaben zum Studium.

Fachbereich/Studiengang

Studium (von – bis)

Angaben zum Beruf.

Arbeitgeber

Abteilung/Bereich

Diesen Antrag ausfüllen und per Post an die Kontaktadresse senden.

ANSCHRIFT

Fachhochschule Stralsund
Alumni e.V. – Alumnibüro
Zur Schwedenschanze 15
18435 Stralsund



An

Name

Straße

PLZ / Ort

Fachhochschule Stralsund Alumni e.V.
Zur Schwedenschanze 15
18435 Stralsund
Fon +49 3831 / 457305
Fax +49 3831 / 456640
alumniverein@fh-stralsund.de

Stralsund, 12.05.2014

Einzugsermächtigung - SEPA-Lastschriftmandat und Vorabinformation zum Einzug einer SEPA-Lastschrift

Liebes Mitglied,

wir nutzen zum Einzug des Beitrages für Eure Mitgliedschaft in unserem Verein bisher für Zahlungen die Lastschrift nach dem Einzugsermächtigungsverfahren. Da der Zahlungsverkehr in Europa vereinheitlicht wird, (Single Euro Payments Area, SEPA) stellen wir ab dem 01.06.2014 auf das europaweit einheitliche SEPA-Basis-Lastschriftverfahren um.

Durch die Umstellung auf das SEPA Verfahren benötigen wir Eure Bestätigung für den SEPA Lastschrifteinzug sowie eine Aktualisierung Eurer Bankdaten.

Dieses Lastschriftmandat wird durch
- die Mandatsreferenz "Alumni" sowie
- die Gläubiger-Identifikationsnummer DE57ZZZ00000579779
gekennzeichnet.

Beide Merkmale werden von uns zukünftig bei allen Lastschrifteinzügen angegeben.

Für das Jahr 2014 wird im Juni 2014 der Jahresbetrag von 15,- Euro für 2014 eingezogen.

Für Rückfragen stehen wir gern zur Verfügung.
Beste Grüße

Der Vorstand

Wenke Neumann

Christian Wolter

Michael Graening

Besucht unsere Seite auf Facebook:
<https://www.facebook.com/FH.Stralsund.Alumni.EV>

Oder diskutiert mit in unserer Facebook-Gruppe:
<https://www.facebook.com/groups/199571830146900/>

Fachhochschule Stralsund Alumni e.V.
Zur Schwedenschanze 15
18435 Stralsund
Fon +49 3831 / 457305
Fax +49 3831 / 456640
alumniverein@fh-stralsund.de

Gläubiger - ID: DE57ZZZ00000579779
IBAN: DE041505050000100059287
Mandatsreferenz: "Alumni"

SEPA Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Fachhochschule Stralsund Alumni e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Fachhochschule Stralsund Alumni 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN

Datum, Ort und Unterschrift

Bitte sendet dieses Formular bis 31.05.2014 ausgefüllt zurück an:
Fachhochschule Stralsund Alumni e.V.
Zur Schwedenschanze 15
18435 Stralsund