



Verein für Integration
und Suchthilfe e.V.

An den Aufsichtsrat
Verein für Integration und Suchthilfe e.V.
Adelheidstr. 3
35781 Weilburg

Anschreiben an den Aufsichtsrat

Dieses Anschreiben senden Sie bitte mit Ihrem Mitgliedsantrag (Seite 2) und dem ausgefüllten und unterschriebenen SEPA-Lastschriftmandat (24 Euro im Jahr) an den Verein für Integration und Suchthilfe e.V.:

Per Post: Adresse wie oben

Per Mail: mitgliedschaft@vis-hilft.de

Nachdem Sie Ihren Mitgliedsantrag bei uns eingereicht haben, entscheidet der Aufsichtsrat in seiner nächsten Sitzung über Ihre Aufnahme. Sobald dies erfolgt ist, werden Sie von uns informiert. Im Folgenden laden wir Sie zu unserer jährlichen Mitgliederversammlung ein.

Antrag auf Mitgliedschaft

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im gemeinnützigen Verein für Integration und Suchthilfe e.V. und übersende Ihnen in der Anlage meinen Mitgliedsantrag.

Mit freundlichen Grüßen

Ort:

Datum:

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin



Mitgliedsantrag

Persönliche Daten:

Name, Vorname*:

Straße, Hausnummer*:

Postleitzahl, Wohnort*:

Geburtsdatum:

Telefon*:

Mobil:

Mail*:

(*=Pflichtfelder)

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Verein für Integration und Suchthilfe e.V.

Ich erkenne die Satzung des Vereins an. Ich bin mit der Erfassung und vereinsinternen Weitergabe meiner Daten einverstanden.

Ort:

Datum:

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

SEPA-Lastschriftmandat



Verein für Integration
und Suchthilfe e.V.

<u>Name des Zahlungsempfängers (A):</u> Verein für Integration und Suchthilfe e.V.
<u>Anschrift des Zahlungsempfängers</u> Adelheidstraße 3 35781 Weilburg
Gläubiger-Identifikationsnummer DE68ZZZ00002285132
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) Mitgliedsbeitrag VIS e.V.

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger "**automatisierter Name Zahlungsempf. von oben**", Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger "**automatisierter Name Zahlungsempf. von oben**" auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

<u>Zahlungsart & Zahlungshöhe</u> <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung, einmal jährlich, 24 Euro jährlich
<u>Vor und Nachname des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)</u>
<u>Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)</u> Straße und Hausnummer PLZ und Ort
<u>IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen)</u>
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) Mitgliedsbeitrag VIS e.V.

Ort:

Datum:

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)