

# Verein der Amateurastronomen des Saarlandes e.V.



## MITGLIEDSANTRAG

Grundlage der Mitgliedschaft ist die gültige Vereinsatzung.

### Einzelmitgliedschaft

Einzelbeitrag voll (66 €/Jahr)

Einzelbeitrag ermäßigt (36 €/Jahr, Ermäßigungsvoraussetzungen laut Geschäftsordnung)

Name

Vorname

geb.:

1)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Familienmitgliedschaft

Familienbeitrag (96 €/Jahr)

Name

Vorname

geb.:

1)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Anschrift

\_\_\_\_\_

♦ Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_

♦ Straße

\_\_\_\_\_

♦ Telefon

\_\_\_\_\_

♦ E-Mail

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten elektronisch gespeichert werden. Sie werden nicht an Dritte weitergegeben und sind nur dem Vorstand zugänglich. Lediglich Name, Adresse, Telefonnummer und E-Mail werden im Rahmen einer Kontaktliste an Vereinsmitglieder weitergegeben.

Beim Vereinsbeitritt während des Jahres wird der Vereinsbeitrag anteilig berechnet (1/12 des Jahresbeitrages pro angefangenen Monat). Der Einzug vom angegebenen Konto kann dann zu folgenden Terminen erfolgen: 15. oder 28. des Eintrittsmonats oder 15. des dem Eintritt folgenden Monats.

Der Einzug des Jahresbeitrages erfolgt regelmäßig zum 1. Februar.

Fällt ein Zahlungstermin auf einen Wochenend- oder Feiertag, so erfolgt der Einzug zum nächsten Arbeitstag.

\_\_\_\_\_

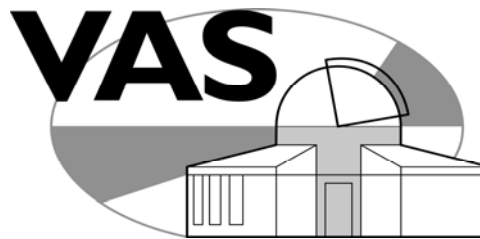
♦ Ort, Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)

---

**Einzugsermächtigung als SEPA-Lastschrift-Mandat (siehe Rückseite)**

**Verein der Amateurastronomen  
des Saarlandes e.V.**

Postfach 10 00 90  
66652 Merzig



Gläubiger-Identifikationsnummer:

**DE42VAS00000282259**

Mandatsreferenz:

(wird nach Eingang vom Verein vergeben)

\_\_\_\_\_

## SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige hiermit den Verein der Amateurastronomen des Saarlandes e.V. (VAS e.V.), den von der Mitgliederversammlung festgelegten Mitgliedsbeitrag jährlich von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom VAS 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.

Dieses Mandat erlischt bei Nichtbenutzung automatisch nach 36 Monaten bzw. bei Widerruf.

**Vorname und Name des/der Kontoinhaber/s**

**Straße und Hausnummer**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

**Land**

**PLZ**

**Ort**

**Name des Kreditinstituts**

**IBAN (Deutschland: immer 22 Stellen, andere Länder: unterschiedliche Länge)**

**BIC (8 oder 11 Stellen)**

**Ort, Datum**

**Unterschrift (bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)**