



Bitte online ausfüllen, ausdrucken und unterschrieben zusenden an:

Verband der Siebenbürger Sachsen in Deutschland e.V.
Karlstraße 100, 80335 München
Telefon: (0 89) 23 66 09-12, Fax: (0 89) 23 66 09-15
E-Mail: mitgliederverwaltung@siebenbuerger.de

(Diesen Raum bitte für EDV-Anmerkungen freilassen)

BEITRITTSERKLÄRUNG

(Alle Angaben bitte in Blockschrift eintragen)

Ich und meine Familie möchten die Zielsetzungen des Verbandes der Siebenbürger Sachsen in Deutschland e.V. unterstützen und erklären hiermit meinen/unseren Beitritt. Ich verpflichte mich zur Zahlung des Mitgliedsbeitrages von 46,- € im Jahr für mich und meine Familie als ordentliche Mitglieder mit Bezug der **Siebenbürgischen Zeitung** (SbZ) sowie Zugang zum Premiumbereich der Website **www.siebenbuerger.de**

Familienname Geburtsname

Vorname Geburtsdatum

Geburtsort Früherer Heimatort

Jetzige Anschrift:

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

E-Mail Telefon

Beruf: gelernter jetziger

Ehepartner (als gleichberechtigtes Mitglied ohne Beitragsverpflichtung)

Vorname Geburtsname

Geburtsort Geburtsdatum

Kinder unter 27 Jahren, die im elterlichen Haushalt leben und in Ausbildung sind (sie werden Familienmitglieder, ohne gesonderte Beitragszahlung):

Vorname Geburtsdatum Unterschrift des Kindes

Vorname Geburtsdatum Unterschrift des Kindes

Vorname Geburtsdatum Unterschrift des Kindes

Ich bin einverstanden, in der SbZ als neues Mitglied des Verbandes begrüßt zu werden. Ja Nein

Datum Unterschrift des Antragstellers Unterschrift des Ehepartners

Unser Verband hat Rahmenverträge abgeschlossen, die Verbandsmitgliedern auf Grund der Mitgliedschaft günstigere Vertragsbedingungen ermöglichen (z. B. Versicherungen ohne Gesundheitsprüfung). Zum Beleg der Berechtigung werden den Vertragspartnern Name und Anschrift der Mitglieder mitgeteilt. Wenn Sie die Einbeziehung in diese Berechtigung jedoch nicht wünschen, können sie dieses nachfolgend ausschließen:

Ich widerspreche einer Weitergabe der Daten (bitte ggf. ankreuzen).

ERMÄCHTIGUNG ZUM EINZUG DES MITGLIEDSBEITRAGES DURCH SEPA-LASTSCHRIFT

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74ZZZ00000122894

Ich ermächtige hiermit den Verband der Siebenbürger Sachsen in Deutschland e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Verband der Siebenbürger Sachsen in Deutschland e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen. Die Abbuchung erfolgt jährlich im ersten Quartal. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen, es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Name, Vorname)

Anschrift

Kreditinstitut

IBAN:

BIC:

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers