

**Familien- und BürgerZentrum Grafing e.V.**  
Offener Treff für Jung und Alt



An  
Familien- und Bürgerzentrum Grafing e.V.  
Münchener Straße 12  
85567 Grafing bei München

**Antrag auf Mitgliedschaft im Familien- und Bürgerzentrum Grafing e.V.**

Mitgliedsbeitrag jährlich (steuerlich absetzbar)

Mitgliedschaft EUR 50,00 Mindestbeitrag + EUR .....Spende (bitte eintragen)

Ich beantrage den reduzierten Jahresbeitrag von 25,00 + EUR .....Spende (bitte eintragen)

Die oben eingetragene Spende ist  einmalig  bis auf Widerruf jährlich (bitte ankreuzen)

**Name, Vorname** \_\_\_\_\_ Geburtsdat: \_\_\_\_\_

Partnerin/Partner : \_\_\_\_\_ Geburtsdat: \_\_\_\_\_

Kind : \_\_\_\_\_ Geburtsdat: \_\_\_\_\_

Kind : \_\_\_\_\_ Geburtsdat: \_\_\_\_\_

Kind : \_\_\_\_\_ Geburtsdat: \_\_\_\_\_

Kind : \_\_\_\_\_ Geburtsdat: \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**Ort:** \_\_\_\_\_ **Tel:** \_\_\_\_\_

**eMail:** \_\_\_\_\_

Ich überweise nach Erhalt der Rechnung  Ich zahle BAR nach Erhalt der Rechnung

Ich wünsche Abbuchung und erteile umseitiges SEPA-Mandat

---

Datum / Unterschrift

Zur Bestätigung Ihrer Mitgliedschaft erhalten Sie nach Eingang dieses Antrags ein Begrüßungsschreiben mit den Zahlungsmodalitäten.

**Familien- und BürgerZentrum Grafing e.V.**  
Offener Treff für Jung und Alt



An  
Familien- und Bürgerzentrum Grafing e.V.  
Münchener Straße 12  
85567 Grafing bei München

**Ich wünsche Abbuchung der wiederkehrenden Jahresbeiträge für die Mitgliedschaft im Familien- und BürgerZentrum Grafing e.V. und erteile deshalb dieses SEPA-Mandat**

- ich bin bereits Mitglied  
 mein Mitgliedsantrag liegt bei  
 ich zahle den Beitrag für Mitglied

\_\_\_\_\_  
Bitte Vor- und Nachnamen des Mitglieds eintragen

**Meine Bankverbindung**

Ich ermächtige das Familien- und BürgerZentrum Grafing e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Familien- und BürgerZentrum Grafing e.V. auf mein Konto gezogenen SEPA-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. (Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen separat mitgeteilt). Die Gläubiger-ID des Familien- und BürgerZentrum Grafing e.V. lautet: DE63FBZ00001144502

**Bitte deutlich und leserlich schreiben, vielen Dank**

\_\_\_\_\_  
IBAN:

\_\_\_\_\_  
BIC:

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut:

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber Vor- und Nachname:  
:

\_\_\_\_\_  
Mitglied(falls nicht Kontoinhaber):

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Kontoinhabers: