



BAG Schulgarten e.V.
c/o Birgitta Goldschmidt
Keltenstraße 75
56072 Koblenz

Antrag auf Mitgliedschaft in der BAG Schulgarten e. V. (Stand 11.2019)

Ja, ich/wir möchte/n Mitglied der BAG Schulgarten e. V. werden und die Arbeit des gemeinnützigen Vereins unterstützen. Zuwendungen sind wegen anerkannter Gemeinnützigkeit steuerlich abzugsfähig. Bitte erteilen Sie uns ein Last-Schriftmandat (Seite 2). Das spart Kosten und vereinfacht uns die Arbeit.

Jahresmindestbeitrag *(bitte ankreuzen)*

Einzelmitglied 40 €

Schulen 20 €

Institutionen 80 €

Ermäßigt 20 €

Firmen (nach Vereinbarung)

(Schüler/innen, Studierende, Auszubildende, Rentner/innen, Pensionär/innen – bitte Nachweis beifügen!)

Mein/unser Jahresbeitrag an die BAG Schulgarten e.V. beträgt *(bitte ausfüllen)* _____ €

Spende einmalig *(Quittung wird auf Wunsch per Mail zugeschickt)* _____ €

Mitglied / Vertretungsberechtigte/r

Vor- und Zuname / Titel / Verband / Firma / Institution / Schule

Beruf / Branche

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon

E-Mail

Ich erkläre mich einverstanden, dass Einladungen und andere Informationen der BAG Schulgarten e.V. per E-Mail an mich gesendet werden. Ich stimme der Verwendung von Fotos mit meiner Person auf der Homepage oder auf Druckerzeugnissen der BAG-Schulgarten e.V. zu.

Ort, Datum, Unterschrift



SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger_ID: DE92ZZZ00001318871

Eindeutige Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer) wird vom Zahlungsempfänger (BAG Schulgarten e.V.) ausgefüllt

Zahlungsart:
Wiederkehrende
Zahlung

Zahlungsart:
Einmalige Zahlung
(Spende)

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) Straße und Hausnummer

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) Postleitzahl und Ort

IBAN

BIC

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Zahlungsempfänger BAG Schulgarten e.V. Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von BAG Schulgarten e.V. auf mein (unsere) 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.

Ort, Datum Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)