

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage(n) ich/wir die Mitgliedschaft als förderndes Mitglied im Verein
Kunstkreis Warendorf e.V..

☐ Darüber hinaus biete(n) ich/ wir die aktive Unterstützung an. (Falls zutreffend,
bitte ankreuzen)

Name: Vorname: Geburtsdatum

ggf. Partner

Name :Vorname :Geburtsdatum

Straße : Hausnr.: Plz.: Ort

Tel. priv. / ggf. mobil : E-Mail

Den Jahresbeitrag in Höhe von ☐ 36,-€ für Einzelmitglieder / ☐ 54,-€ für
Partnerschaften / ☐ 18,-€ für Schüler, Studenten bis zur Vollendung des 30.
Lebensjahrs bitte ich jährlich zum Stichtag 15 März jeden Jahres von meinem Konto
mittels Lastschrift einzuziehen. (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

SEPA-Lastschrift-Mandat

Kunstkreis Warendorf e.V. c/o Galerie KronenbergKunst – Oststr. 14a – 48231 Warendorf
Ich ermächtige den Verein Kunstkreis Warendorf e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift
einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Kunstkreis Warendorf e.V. auf mein
Konto bezogenen Lastschriften einzulösen. Zahlungsart: Wiederkehrende Lastschrift

Vorname und Name (Kontoinhaber)

IBAN

ggf. BIC

Ort und Datum

_____ Unterschrift _____