

Föderation Europäischer Narren Deutschland e.V.

Landesverband:

Regionalverband:

**Aufnahmeantrag für die FEN Deutschland e.V.
- Einzelmitglied jugendlich (bis 18 Jahre) –
Mitgliedsbeitrag 10,- € jährlich**



Antrag bitte ausschließlich in Druckbuchstaben ausfüllen und an **06057-9189870** faxen!

Daten zur Person

Name, Vorname : _____
Erziehungsberechtigte: _____
Eintritt zum: _____
Geburtsdatum: _____
Position/Funktion: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon, Mobil: _____
Fax: _____
e-mail: _____

Zustimmung (gem. gültiger
Satzung FEN D e.V.)
Durch meine Mitgliedschaft
zur FEN D e.V. stimme ich
der Veröffentlichung von
Bildern und Namen in Print –
und Telemedien, sowie in
elektronischen Medien zu.

Ort

Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift (Antragssteller)

Unterschrift (Erziehungsberechtigter)

Ihre Mandatsreferenz: (wird Ihre Mitgliedsnummer z.B. 49000-01-1-1-1111) wird Ihnen mit dem Ausweis ausgehändigt.

Mitgliedsnummer:

Zustimmung durch FEN D. e.V. Regional- bzw. Landespräsident/in

Ort, Datum Unterschrift (Regional/Landespräsident)

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA- Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger: Föderation Europäischer Narren Deutschland e.V.; Gläubiger-Identifikations-Nr. DE91FEN00000141697

Einzugsermächtigung/Zahlungsart: wiederkehrende Zahlungen

Ich/Wir ermächtige(n) Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtende Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.

(Kontobevollmächtigte/r/Name/Vorname): _____

Konto Nr.: _____ BLZ: _____

Name des Kreditinstituts: _____

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige(n) Sie Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Föderation Europäischer Narren Deutschland e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschrift 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.

Name des Kreditinstituts: _____

BIC: _____ IBAN: _____

Ort, Datum, _____ Unterschrift: _____

FEN D. e.V.
Bundesverband Deutschland

Geschäftsstelle
Präsident Egon Schmid
Quellenweg 3
D-63639 Flörsbachtal

Tel. +49 (0)6057-15 99
Fax. +49 (0)6057-918 98 70
egon.schmid@fen-brd.de
www.fen-brd.de

Sparkasse Bad Kissingen
Kto. 826 44 00 BLZ 793 510 10
IBAN: DE10 7935 1010 0008 2644 00
BIC/SWIFT: BYLADEM1KIS
Gläubiger Id.Nr.: DE91FEN00000141697