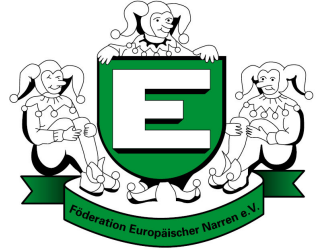


Föderation Europäischer Narren Deutschland e.V.

Landesverband:

Regionalverband:

**Aufnahmeantrag für die FEN Deutschland e.V.
- Gesellschaft –
Mitgliedsbeitrag 40,- € jährlich**



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

Daten zur Gesellschaft und Kontaktdaten

Gesellschaftsname: _____

Gründungsdatum: _____

Eintritt zum: _____

Kontaktdaten:

Name, Vorname: _____

Funktion im Verein: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon, Mobil: _____

Fax: _____

e-mail: _____

Homepage: _____

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

Ort _____

Datum _____

Unterschrift, Vereinsstempel _____

Ort, Datum, Unterschrift (Vor – und Zuname) – Vereinsstempel

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

Mitgliedsnummer: _____

Ort, Datum, Unterschrift (Regional/Landespräsident/in)

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

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: _____