



Glückstour e.V.
Schornsteinfeger helfen krebskranken Kindern

Thorsten Pruschinski
Rübenkamp 39
44319 Dortmund

oder per Fax an 0231-4771344

Glückstour e.V.
Schornsteinfeger helfen krebskranken Kindern

Schwalbenweg 8c
33758 Schloß Holte-Stukenbrock

1. Vorsitzender: Ralf Heibrok
stv. Vorsitzender: Stephan Lander
Geschäftsführer: Olaf Meiners
Kassenwart: Thorsten Pruschinski
Schriftführer: Peter Silbermann

Internet
www.glückstour.de

Mitgliedsantrag

(Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen)

Ich beantrage die Aufnahme als

- Passives Mitglied
 Aktives Mitglied**

Hinweis:

Bitte denken Sie daran, uns das SEPA-Lastschriftmandat auf der nächsten Seite ebenfalls ausgefüllt und unterschrieben zu senden.

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

(Land), PLZ, Ort _____

E-Mail _____

Tel. /Fax _____

Geburtsdatum _____

in den Verein „Glückstour - Schornsteinfeger helfen krebskranken Kindern e.V.“. Durch meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag von derzeit € 24 möchte ich die Tätigkeit des Vereins selbstlos unterstützen. Die Mitgliedschaft kann ich unter Einhaltung einer Frist von sechs Wochen zum Jahresende kündigen.

** Ich erkläre mich bereit, die Vereinszwecke und -ziele nicht nur materiell durch den Mitgliedsbeitrag, sondern auch durch eigene Arbeitsleistung zu unterstützen. Aktive Mitglieder können an der Versammlung der ordentlichen Mitglieder (Mitgliederversammlung) teilnehmen und Funktionen des Vereins wahrnehmen.

Falls zutreffend, bitte ankreuzen und ausfüllen:

Ich möchte einen höheren Mitgliedsbeitrag als den oben genannten Mindestbeitrag von € 24 leisten.

Meinen Mitgliedsbeitrag möchte ich auf € _____ festlegen.

Ort, Datum, Unterschrift des Antragstellers

Glückstour e.V.
Ansprechpartner Thorsten Pruschinski
Rübenkamp 39
44319 Dortmund
Tel.:0231 - 477 1345
Fax:0231 - 477 1344
info@bsm-pruschinski.de

IBAN des Vereins: DE35 4785 3520 0025 0167 42
BIC des Vereins: WELADED1WDB
Gläubiger ID Nr.: DE13ZZZ00001992212

SEPA Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verein Glückstour e.V.
Unter Angabe der folgenden genannten Mandatsreferenz, Zalungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von diesem Verein auf mein Konto gezogenen 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.

Mandatsreferenz

Vorname und Nachname des Mitglieds

Vorname und Nachname des Kontoinhabers (sofern dieser von der Angabe oben abweicht)

Strasse und Hausnummer des Kontoinhabers

PLZ und Ort des Kontoinhabers

Kreditinstitut

BIC

DE _____
IBAN

Datum

Ort

Unterschrift des Kontoinhabers