



## Beitrittserklärung

Förderverein **kunststoffcampus bayern**

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den „Förderverein **kunststoffcampus bayern**“ als:

- natürliche Person  
 juristische Person  
 kommunale Gebietskörperschaft

Vorname, Name
Name / Bezeichnung der juristische Person / kommunale Gebietskörperschaft
Vertreten durch (Name, Vorname)
Funktion des Vertreters
Adresse (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)
Telefon
E-Mail

Mit der Aufnahme in den Förderverein erkenne ich / erkennen wir die Satzung des „Fördervereins **kunststoffcampus bayern**“ als verbindlich an. Mir / Uns ist bekannt, dass Zustellungen an meine / unsere dem Verein gemeldete Adresse oder per E-Mail gesandt werden. Änderungen werde/n ich / wir dem Verein umgehend bekannt geben.

Mit der Speicherung meiner / unserer Daten durch den „Förderverein **kunststoffcampus bayern**“ bin ich / sind wir einverstanden. Diese Daten werden nur nach den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und nur zu Vereinszwecken verwendet.

Mit der Veröffentlichung meiner Firmen- bzw. Kontaktdaten inkl. Firmenlogo durch den Förderverein bin ich einverstanden:

- Ja  Nein

### Mitgliedsbeiträge:

Schüler / Studenten (Nachweis erforderlich)	20,00 € / Jahr
Natürliche Personen	50,00 € / Jahr
Körperschaften des öffentlichen Rechts, juristische Personen und Handelsgesellschaften	250,00 € / Jahr
Wir verpflichten uns – bis auf schriftlichen Widerruf - zur Zahlung eines zusätzlichen freiwilligen Jahresbeitrages <b>als Spende</b> (Spendenbescheinigung) an den Förderverein über	_ € / Jahr

Der Mitgliedsbeitrag ist erstmalig zahlbar 4 Wochen nach Beitritt und in den Folgejahren jeweils zum 01.04. des Jahres.

Ort, Datum

Unterschrift



## SEPA-Lastschriftmandat

Förderverein **kunststoff**campus bayern  
c/o Landratsamt Weißenburg-Gunzenhausen  
Bahnhofstraße 2  
91781 Weißenburg i. Bay.

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Mitgliedsbeiträge des Vereins von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann / können.

Kontoinhaber
Anschrift des Kontoinhabers (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)
Kreditinstitut (Name, Ort)
BIC
IBAN

Ort, Datum

Unterschrift