



Alkohol.  
Kein Schluck.  
Kein Risiko.



**FASD Netzwerk Nordbayern e.V.**  
**Vorstand Gisela Bolbecher**  
Atzelsberger Str. 10  
91094 Bräuningshof

Bankverbindung:  
Sparkasse Erlangen  
Konto 600 425 41  
BLZ 763 500 00  
IBAN: DE 20 7635 0000 0060 0425 41  
BIC: BYLADEM1ERH

Tel. 0 91 33 / 98 16  
Fax 0 91 33 / 97 69  
E-Mail [info@fasd-netz.de](mailto:info@fasd-netz.de)  
Website [www.fasd-netz.de](http://www.fasd-netz.de)

## Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein **FASD Netzwerk Nordbayern e.V.**

- als **Vollmitglied mit einem jährlichen Mitgliedsbeitrag von 30,00 Euro**
- als **Fördermitglied mit einem jährlichen Beitrag von \_\_\_\_\_ Euro (mindestens 20,00 Euro)**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon Festnetz, mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Beruf (freiwillige Angabe)

Die Mitgliedschaft beginnt mit Bestätigung durch den Vorstand.  
Beitragsjahr ist das Kalenderjahr. Die Mitgliedsbeiträge sind im Voraus für das laufende Kalenderjahr zu entrichten und werden per Lastschrift eingezogen. Eine Minderung für abgelaufene Monate ist nicht möglich. Ein Antrag an den Vorstand auf Ermäßigung kann gestellt werden. Die Kündigung kann nur schriftlich zum Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen und erfordert die Schriftform.

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des BDSG bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten zu erhalten. Vorstehende Daten werden nur im Rahmen der Erforderlichkeit von Abrechnung und Betreuung der Vereinsmitgliedschaft erfasst bzw. verarbeitet.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins FASD Netzwerk Nordbayern e.V. an.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bitte wenden!**



Alkohol.  
Kein Schluck.  
Kein Risiko.



**SEPA-Lastschriftmandat**

Unsere Gläubiger-ID: DE76ZZZ00001181322

Ihre Mandatsreferenz \_\_\_\_\_ (wird vom Verein eingetragen)

Ich ermächtige den Verein FASD Netzwerk Nordbayern e.V. widerruflich, den Mitgliedsbeitrag jährlich im Voraus von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom FASD Netzwerk Nordbayern e.V. 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. Sollte das Konto nicht die erforderliche Deckung aufweisen oder dem Einzug ohne berechtigten Grund widersprochen werden, werden 10,- € Bearbeitungsgebühr für den damit verbundenen Aufwand berechnet.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Konto

\_\_\_\_\_  
Bankleitzahl

\_\_\_\_\_  
Bank

IBAN (22 Stellen)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

BIC (8 oder 11 Stellen)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bitte wenden!**