

# Partnerschaftsverein Spandau

Verein zur Förderung der partnerschaftlichen und freundschaftlichen Beziehungen Spandaus e.V.



Partnerschaftsverein Spandau  
c/o Kulturhaus Spandau  
Mauerstraße 6 13597 Berlin  
Tel.: 0151 524 30 768  
Mail: info.wrobeld@web.de  
WebSite: partnerschaftsverein-spandau.de

## Partnerstädte:

Siegen, Landkreis Siegen-Wittgenstein, Landkreis Havelland, Nauen, Asnières-sur-Seine  
Luton, Iznik, Ashdod – **Befreundete Städte:** Wolgograd, Faßberg

Partnerschaftsverein Spandau e. V. • c/o Kulturhaus Spandau • Mauerstraße 6 • 13597 Berlin

## Antrag auf Aufnahme – bestehend aus Blatt 1 und 2

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Partnerschaftsverein Spandau e.V. mit Wirkung zum \_\_\_\_\_

Meine persönlichen Daten sind:

- bitte in Druckbuchstaben ausfüllen -

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
Geburtsdatum	E-Mail-Adresse
Telefon	Mobil

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung sowie die Vereinsordnungen einschließlich der Beitragsordnung sowie die jeweils gültigen Beitragssätze ausdrücklich an:

**Jahresbeitrag zur Zeit: € 35,-**

Datum, Unterschrift Antragsteller(in)	Datum, Unterschrift Vereinsvorsitzende(r) bzw. Stellvertretung:
	Aufnahme ab:

# Partnerschaftsverein Spandau

Verein zur Förderung der partnerschaftlichen und freundschaftlichen Beziehungen Spandaus e.V.



## Antrag auf Aufnahme - Blatt 2: Beitragszahlung

### Absender

Name:

Straße:

PLZ / Ort:

**Gläubiger-Identifikations-Nummer:**

DE70ZZZ00001882643

**Mandatsreferenz:**

wird später hinzugefügt

An

Partnerschaftsverein Spandau e.V.

c/o Kulturhaus Spandau

Mauerstraße 6

13597 Berlin

## Zahlungsweise

per Bank-Einzug

### SEPA - Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den Partnerschaftsverein Spandau e.V., die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Partnerschaftsverein Spandau e. V. auf mein/unser 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/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber/in: (Vorname und Name) \_\_\_\_\_

IBAN:

DE □□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□

Bank: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen: \_\_\_\_\_

- 2 -