

Partnerschaftsverein Spandau

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

Partnerstädte:

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



Partnerschaftsverein Spandau
c/o Kulturhaus Spandau
Mauerstraße 6 13597 Berlin
Tel.: 0151 524 30 768
Email: info.wrobeld@web.de

Partnerschaftsverein Spandau • c/o Kulturhaus Spandau • Mauerstraße 6 • 13597 Berlin

<https://partnerschaftsverein-spandau.de>

Antrag auf Aufnahme – bestehend aus Blatt 1 und 2

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Partnerschaftsverein Spandau e.V. mit
Wirkung vom _____

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:

An

Partnerschaftsverein Spandau e.V.

c/o Kulturhaus Spandau

Mauerstraße 6

13597 Berlin

Gläubiger-Identifikations-Nummer:

DE70ZZZ00001882643

Mandatsreferenz:

wird später hinzugefügt

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: _____