Initiative Jazz Braunschweig e.V.

1. Vorsitzender: Rainer Müller, Rathsholz 26, 38110 Braunschweig Tel. 05307/911525
2. Vorsitzende: Hannelore Mewes, Jasperallee 40, 38102 Braunschweig, Tel. 0531/337615
Bankverbindung: Braunschweigische Landesbank, Konto-Nr. 2007391, BLZ 25050000
BIC: NOLA DE 2HXXX, **IBAN:** DE82 2505 0000 0002 0073 91

Beitrittserklärung:

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Jazzinitiative Jazz Braunschweig e. V.
Die Satzung habe ich erhalten und erkenne diese an. Von den nachstehenden Aufnahme- und Beitragsbedingungen habe ich Kenntnis genommen und erkläre mich einverstanden, dass im Rahmen der Vereinsverwaltung meine personenbezogen Daten gespeichert und verarbeitet werden (Paragraph 26 BDSG).
Freiwillige Angaben sind mit * versehen.

Name: .... Geburtsdatum*: ....
Vorname: .... Telefon*: ....
Straße/Haus Nr: .... Email*: ....
PLZ/Wohnort: .... Eintrittsdatum: ....

Folgende in meinem Haushalt lebenden Personen nehmen an der Mitgliedschaft teil (Familienbeitrag):

Name (Ehegatte, Kinder)	Vorname	geboren am:	Beruf

Jahresbeiträge der Initiative Jazz Braunschweig e. V.

☐ Ich zahle den regulären Jahresbeitrag von **65,00 €**
☐ Ich zahle den ermäßigten Familienjahresbeitrag in Höhe von **95,00 €**
☐ Ich zahle den ermäßigten Jahresbeitrag für Arbeitslose, Studenten **35,00 €****
☐ Ich zahle freiwillig den Jahresbeitrag von **..........€**

**Eine Kopie der entsprechenden Bescheinigung habe ich beigefügt.

....
Ort/Datum (Unterschrift)

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich/Wir ermächtige(n) die **Initiative JAZZ BS** die von mir/uns zu entrichtende Zahlungen bei Fälligkeit mittels Lastschrift von meinem/unserem unten genannten Konto einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Initiative JAZZ Braunschweig e. V. auf mein/unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.
Auf Ihrem Kontoauszug finden Sie zukünftig die:
Mandatsreferenznummmer: (wird mit der Eintrittsbestätigung mitgeteilt) und unserer
Gläubiger-ID: DE 32ZZZ00000194848

Hinweis: Ich kann/wir können 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:

Name: .... Vorname: ....
Straße/Haus Nr: .... PLZ/Wohnort: ....

(IBAN und BIC- 8 oder 11stellig finden Sie auf Ihrem Kontoauszug)

IBAN: D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ **BIC:** _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Bankinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

....
Ort/Datum (Unterschrift)