

Schamanisches Netzwerk Europa e.V.  
Renate Greinert  
Walkenriedstraße 7  
  
D-38442 Wolfsburg



## ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Nachname, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Straße / Hausnummer: .....

PLZ, Wohnort, Land: .....

E-Mail-Adresse: .....

Telefon: .....

Ich unterstütze die Arbeit des Vereins „Schamanisches Netzwerk Europa“ und stelle den Antrag auf Mitgliedschaft.

- Ich bitte um Zusendung der Satzung an obige Adresse.
- Ich habe die Satzung bereits auf der Internetseite [www.schamanisches-netzwerk-europa.de](http://www.schamanisches-netzwerk-europa.de) gelesen.
- Ich erkenne die Satzung als die Grundlage meiner Mitarbeit an.
- Ich stimme der Zusendung des Newsletters bis auf Widerruf zu.
  
- Ich beantrage die Aufnahme als stimmberechtigtes Mitglied.
- Mein Jahresbeitrag beträgt 75.- Euro.
  
- Ich beantrage Beitragsermäßigung auf 20.- Euro und füge eine Bescheinigung bei, dass ich zu einer der nachfolgend in Klammern aufgeführten Personengruppen gehöre. (Azubis, TeilnehmerInnen am Bundesfreiwilligendienst u.a. sozialen Diensten, Schüler und Studenten, Hartz IV-Empfänger/Sozialhilfe).

Der Jahresbeitrag ist nur durch die Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates zahlbar. Ausnahmen sind nur in begründeten Fällen, nach Rücksprache mit dem Vorstand möglich. Mitglieder, die nach dem 1. Juli des laufenden Kalenderjahres aufgenommen werden, können im Aufnahmejahr einmalig 50% des Jahresbeitrags ermäßigt bekommen:

- Ja, buchen Sie mir im Aufnahmejahr nur 50% des Mitgliedsbeitrages ab. (erst bei Beitritt nach dem 1. Juli)
- Nein, buchen Sie mir den vollen Mitgliedsbeitrag von 75.- Euro ab.

### Kündigung der Mitgliedschaft:

Die Mitgliedschaft kann bei Einhaltung einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf des Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Das Kündigungsschreiben muss dem Vorstand bis zum 31.10. vor Ablauf des Mitgliedsjahres vorliegen.

### SEPA-Lastschriftmandat:

Ich erteile dem Verein „Schamanisches Netzwerk Europa e.V.“ ein, diesem Aufnahmeantrag beigelegtes, SEPA-Lastschriftmandat, das ich jederzeit schriftlich widerrufen kann. Wenn mein Konto nicht gedeckt ist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

.....  
**Ort**

.....  
**Datum**

.....  
**Unterschrift**

Durch Beschluss des Vorstandes vom ..... aufgenommen als stimmberechtigtes Mitglied.

Datum, Unterschrift eines  
Vorstandsmitglieds.....

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

**Wiederkehrende Zahlung/Recurrent Payments**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Schamanisches Netzwerk Europa e.V.  
Walkenriedstraße 7  
  
D-38442 Wolfsburg

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) DE49ZZZ00000024210	Mandatsreferenz
--	-----------------

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Schamanisches Netzwerk Europa e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

dem Schamanischen Netzwerk Europa e.V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**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 (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift

1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.



**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

**Wiederkehrende Zahlung/Recurrent Payments**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Schamanisches Netzwerk Europa e.V.  
Walkenriedstraße 7  
  
D-38442 Wolfsburg

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) DE49ZZZ00000024210	Mandatsreferenz
--	-----------------

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Schamanisches Netzwerk Europa e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

dem Schamanischen Netzwerk Europa e.V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**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 (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift

1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.