

**Beitrittserklärung**

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name - Unternehmen

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

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

\_\_\_\_\_  
Telefon

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Die Mitgliedsbeiträge jährlich betragen (bitte ankreuzen):

Einzelpersonen	<input type="checkbox"/>	35 €
Ehepaare/Paare	<input type="checkbox"/>	50 €
Rentner*innen/Schwerbehind.	<input type="checkbox"/>	30 €
Schüler*innen/Studierende	<input type="checkbox"/>	10 €
Firmen/Gesellschaften	<input type="checkbox"/>	120 €

Hiermit ermächtige ich den Freundeskreis Schloss Agathenburg e.V., den fälligen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels SEPA-Lastschriftverfahren einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Freundeskreis Schloss Agathenburg e.V. auf meinem Konto eingezogenen 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.

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut + BIC

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift