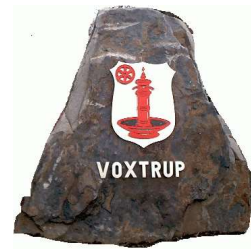


# Bürgerverein Voxtrup e.V.

gegründet 1973



**Stefan Vornhülz**  
**Bürgerverein Voxtrup e. V.**  
**Quellengrund 5**  
**49086 Osnabrück**

Vorsitzender: Ansgar Frankenberg  
Düstruper Str. 8 A, 49086 Osnabrück  
Tel: 0541 384 417

Sparkasse Osnabrück  
IBAN: DE58 2655 0105 0000 9223 93  
BIC: NOLADE22XXX

[www.buergerverein-voxtrup.de](http://www.buergerverein-voxtrup.de)

## Antrag auf Mitgliedschaft

Ich/wir möchte(n) Mitglied(er) im Bürgerverein Voxtrup e.V. werden:  
(Bitte in Blockschrift ausfüllen)

	<b>Mitgliedschaft 01</b>	<b>Mitglied 02 Partner</b>
Anrede	_____	_____
Titel	_____	_____
Nachname	_____	_____
Vornamen	_____	_____
Geburtsdatum	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Straße: Nr.	_____	_____
PLZ, Ort	_____	_____
Telefon-Nr. - privat	_____/_____	
Email-Adresse 01	_____	
Email-Adresse 02 Partner (optional)	_____	
Datum	_____	
Unterschrift (en)	_____	

### Datenschutz

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht.

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

Unterschrift (en) \_\_\_\_\_

Bitte erteilen Sie uns zur unkomplizierten Abwicklung für Sie und uns eine Einzugsermächtigung für den satzungsgemäßen Mitgliedsbeitrag von derzeit 10,00 € pro Jahr und Mitglied und benutzen dafür den umseitigen Vordruck.

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Bürgerverein Voxtrup e.V., Düstruper Str. 8 A, D-49086 Osnabrück

Gläubigeridentifikationsnummer: DE60BVV00000011790

Mandatsreferenz: BV

(wird vom Bürgerverein ausgestellt)

### SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige/wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Bürgerverein Voxtrup, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Bürgerverein Voxtrup 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.

Vorname und Nachname:

(Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer:

\_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort:

\_\_\_\_\_

Kontonummer:

\_\_\_\_\_

Bankleitzahl:

\_\_\_\_\_

Geldinstitut:

\_\_\_\_\_

IBAN DE

BIC (8 oder 11 Stellen)

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_