Amici Ambrosiani e.V. Förderverein des Ambrosianums Tübingen
(Bei Absendung per Post bitte ausreichend frankieren – Versand ist auch eingescannt als E-Mail möglich)
An: Amici Ambrosiani e.V. - Brunsstraße 19, 72074 Tübingen – verwaltung@amici-ambrosiani.de

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname / Firma	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ / Wohnort	
Telefon / Handy	
E-Mail	

ab sofort die Aufnahme in den Amici Ambrosiani e.V. .

Entsprechend aktuellen Beitragsordnung, erlassen am 14.11.2018 durch die Mitgliederversammlung, gehöre ich zu folgender Beitragsgruppe:

☐	**A**	Ambrosianer/innen, Kollegiaten/innen, Studierende, Auszubildende, Arbeitssuchende (Bitte ggfs. Nachweis erbringen)	**Jahresbeitrag 5,- €**
☐	**B**	Mitglieder, die nicht in die Beitragsgruppe A fallen und juristische Personen	**Jahresbeitrag 25,- €**

Optional: Hiervon abweichend möchte ich dem Verein folgenden **höheren Jahresbeitrag** zukommen lassen: (Diese Angabe kann jederzeit widerrufen oder geändert werden)	€

Die Beiträge werden jährlich zum 31. Januar fällig. Bei Neueintritt werden die Beiträge vier Wochen nach Beginn der Mitgliedschaft fällig. Das Jahr 2018 ist beitragsbefreit.

.....
Ort, Datum, Unterschrift
(Bei Minderjährigen oder jur. Personen die des gesetzlichen Vertreters)

Das SEPA-Lastschriftmandat kann ggfs, auch nach der Antragstellung nachgereicht werden. Hierzu erhalten Sie eine Aufforderung durch den Schatzmeister.
Hinweis: I.d.R. werden Mitgliedsbeiträge per SEPA-Lastschriftverfahren eingezogen. Sollte dies ausnahmsweise bei Ihnen nicht möglich sein, bitten wir Sie, dies dem Schatzmeister gesondert mitzuteilen.

SEPA-Lastschriftmandat (wiederkehrende Zahlungen)
Gläubiger-ID: DE76AAM00002202441
Mandatsreferenz: Wird nach Annahme des Antrags bekanntgegeben.

Ich ermächtige den Verein „Amici Ambrosiani“ (derzeit noch nicht ins Vereinsregister eingetragen), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meine Kreditinstitut an, die vom Verein „Amici Ambrosiani“ auf mein 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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ **BIC:** _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Kontoinhaber: ..... **Kreditinstitut:** .....

..... , den ....
(Ort) (Datum) (Unterschrift)