|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | |  |  |   **Antrag auf Mitgliedschaft im Landfrauenverband** bei der zuständigen  Ortsvorsitzenden abgeben oder an die Geschäftsstelle s.u. schicken).  An den KreislandFrauenverband Steinfurt – Tecklenburger Land  Geschäftsstelle •  Hembergener Str. 10 •  48369 Saerbeck   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft imwllv_visitenkartenOrtsverband \_\_ M e t e l e n \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |  | | --- | --- | | Name: |  | | Vorname: |  | | Straße: |  | | PLZ + Ort: |  | | Tel. / Fax: |  | | Mail: |  | | Freiwillige Angaben |  | | Geb. am: |  | | Beruf: |  |     Ich bitte um ...   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 🞏 | Bekanntgabe einer Ansprechpartnerin in meinem Ortsverband | 🞏 | Weitergabe meiner Adresse an die zuständige Ortsvorsitzende | | 🞏 | Zusendung von Informationen über die Arbeit des LandFrauenverbandes | 🞏 | Rückruf für ein persönliches Gespräch |   Ich bin damit einverstanden, dass der jährliche Beitrag von 27 EUR von  meinem Konto ab­gebucht wird.  (Bitte das nebenstehende/umseitige Lastschrift- Mandat dazu ausfüllen)   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | | Ort, Datum |  | Unterschrift | | | |  |  | | --- | --- | |  |  |   **Wllv-Landfrauenortsverband** Metelen  Gläubiger-Identifikationsnummer (des Ortsverbandes): (füllt der Ort aus)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | D | E | 4 | 7 | Z | Z | Z | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 4 | 3 | 3 | 7 | 6 |   Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (setzt der Ort ein)  **SEPA-Lastschrift-Mandat**  Ich ermächtige den Ortsverband Metelen, den Mitgliedsbeitrag von  meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein  Kreditinstitut an, die vom Ortsverband Metelen auf mein Konto gezogenen  Lastschriften einzulösen.  Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum,  die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.    Vorname und Name (Kontoinhaber)  Straße und Hausnummer    Postleitzahl und Ort     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | D | E |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   IBAN     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   BIC  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ort und Datum Unterschrift  **Hinweis für den Ortsverband**: Bitte ergänzt in Kopie zurück an das Mitglied geben. |