Gesellschaft für CHRISTLICH-JÜDISCHE
Zusammenarbeit Mönchengladbach e.V.
Geschäftsstelle: Gladbacher Haus der Erinnerung
Hehner Straße 54, 41069 Mönchengladbach
www.GCJZ-MG.de gcjz-mg@t-online.de
Telefon: 02161- 678 1213 (Anrufbeantworter)

Rücksendung bitte an die Geschäftsstelle (bei Rückfragen gerne unter 0172-39 39 39 2 (Schuster)

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur

Gesellschaft für Christlich-Jüdische Zusammenarbeit Mönchengladbach e.V.

und stimme der Nutzung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der DSGVO zu.
(Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.)

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

(bei Eheleuten) _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Postleitzahl/Wohnort _____ Telefon _____

Email-Adresse (für aktuelle Informationen) _____

Verzicht auf Papierform von aktuelle Informationen, da Email (wegen Portoerspamis für den Verein)
☐ Ja ☐ Nein

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt für Einzelpersonen 25,00 €, für Ehepaare 35,00 €, für Studenten und Sozialhilfeempfänger 10,00 €, für korporative Mitglieder 51,00 €.

Ich erkläre mich bereit, statt des Mitgliedsbeitrags jährlich den Betrag von _____ € zu zahlen, über den ich dann auch eine Spendenbescheinigung erhalte.

Ort, _____ Datum, _____ Unterschrift _____

Wir bitten sehr, das folgende SEPA-Lastschriftmandat auszufüllen, um die Verwaltung zu vereinfachen.
Der Beitragseinzug erfolgt i.a. im Januar des jeweiligen Jahres.

Zahlungsempfänger: Gesellschaft für Christlich-Jüdische Zusammenarbeit Mönchengladbach e.V.
Adresse Geschäftsstelle: Hehnerstr. 54 • 41069 Mönchengladbach
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE32 ZZZ0 0000 9752 13
Mandatsreferenz (von Gesellschaft auszufüllen) X|_____|X

Ich ermächtige /Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) Zahlungen von meinem / unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein /weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.
Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung
Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen (siehe oben, Beitrittserklärung)

_____

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen, in Deutschland 22 Stellen):
BIC (11 Stellen) (nur bei Konto im Ausland): _____

Ort _____ Datum (TT/MM/JJJJ) _____

Unterschrift(en) des /der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber(s)) _____

Stadtsparkasse Mönchengladbach IBAN: DE78 3105 0000 0000 1831 03, BIC: MGLS DE33 XXX