

# Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied der **PRO FAMILIA** Ortsverband Nürnberg e.V.  
Die Ziele und die Satzung der **PRO FAMILIA** sind mir bekannt.

**Von:**

\_\_\_\_\_  
Name/Vorname & Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße & Hausnummer, PLZ & Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer, Email

**Beitrag jährlich (zutreffenden Betrag ankreuzen):**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Euro 50,00<br>(derzeitige satzungsgemäße Beitragshöhe) | <input type="checkbox"/> Euro 30,00<br>(ermäßigt für SchülerInnen, StudentInnen & Auszubildende) |   |
| <input type="checkbox"/> Euro 60,00<br>(freiwilliger Beitrag)                   | <input type="checkbox"/> Euro 80,00<br>(freiwilliger Beitrag)                                    | <input type="checkbox"/> Euro _____<br>(freiwilliger Beitrag) |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitglieds

Ein Austritt – jeweils zum Ende eines Kalenderjahres – erfolgt durch schriftliche Erklärung an pro familia e. V., eine Kündigungsfrist besteht nicht. Die personenbezogenen Daten der Mitglieder werden nur für eigene Zwecke des Vereins (Mitgliederinformationen, Einladungen zur Mitgliederversammlung, u. ä.) verarbeitet. Außerdem werden die Adressdaten und –änderungen dem Bundesverband zur weiteren Bearbeitung für den Versand des pro familia-Magazines übermittelt.

## Erteilung eines Mandats zum Einzug von SEPA-Basis-Lastschriften:

Zahlungsempfänger: pro familia e. V., Tafelfeldstr. 13, 90443 Nürnberg  
Gläubiger ID: DE90PRO00000755531  
Mandatsreferenznummer: \_\_\_\_\_\*

\* Die Mandatsreferenznummer wird dem Kontoinhaber mit einer separaten Ankündigung über den erstmaligen Einzug des Lastschriftbetrages mitgeteilt.

**Kontoinhaber:**  Name, Anschrift wie oben

\_\_\_\_\_  
Name/Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße & Hausnummer, PLZ & Ort

\_\_\_\_\_  
IBAN & BIC

\_\_\_\_\_  
Name der Bank

Ich ermächtige pro familia e. V. Zahlungen vom o. g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von pro familia e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mandat gilt für einmalige Zahlung | <input type="checkbox"/> Mandat gilt für wiederkehrende Zahlung |
|--|---|

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers