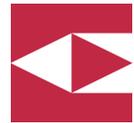


# Aufnahmeantrag

Bitte senden Sie den unterschriebenen  
Antrag per Email an uns zurück



Kunstverein Erlangen e.V.  
Hauptstraße 72, 91054 Erlangen  
09131 26867  
mail@kunstverein-erlangen.de

Ich bitte um Aufnahme als Mitglied des Kunstvereins Erlangen e.V. (KVE)

Name	
Vorname	
Titel	
Straße, Nr	
PLZ, Ort	
Email	
Geburtsdatum	
Telefon	
Ich bin Künstler <i>Nein oder z. B. Maler, Bildhauer...</i>	

Der Mitgliedsbeitrag beträgt kalenderjährlich **55,00 € (ermäßigt 27,50 €** für Schüler, Studierende, Auszubildende nach Vorlage der jeweils aktuellen Bescheinigung).

Bitte erteilen Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat (s. unten), damit wir den Beitragseinzug per SEPA-Basis-Lastschriftverfahren vornehmen können.

Ich bestätige die Datenschutzklausel auf der KVE-Homepage ([kunstverein-erlangen.de/datenschutzerklärung](http://kunstverein-erlangen.de/datenschutzerklärung)) zur Kenntnis genommen zu haben und willige ein, dass der KVE die aufgeführten Daten für vereinsinterne Zwecke einer EDV-gestützten Mitglieder- und Beitragsdatei speichern, verarbeiten und nutzen darf.

**Datum/Unterschrift**

---

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

## Mandatsreferenz:

Ihre Mitgliedsnummer (wird Ihnen in der Aufnahmebestätigung mitgeteilt)

## Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige(n) ich (wir) den Kunstverein Erlangen e.V., die jährlichen Mitgliedsbeiträge von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, die vom Kunstverein Erlangen e.V. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann (wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungstag, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Der erste Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift erfolgt nach der Bestätigung der Mitgliedschaft

## SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Kunstverein Erlangen e.V. den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. 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.

Name	
Vorname	
Titel	
Straße, Nr	
PLZ, Ort	
IBAN	
BIC	
Kontoinhaber (wenn abreichend vom Antragsteller)	

Datum/Unterschrift(en) Kontoinhaber/innen

---

---