

# Verein zur Förderung der Städtepartnerschaften der Stadt Karben e.V.

**-gegründet am 28.11.2013-**

Anschrift: Rathausplatz 1, 61184 Karben, Vorsitzende: Frau Muriel Menzel  
Tel. 06039/41912 mail: [partnerschaftsverein@karben.de](mailto:partnerschaftsverein@karben.de)

Bankverbindung: Sparkasse Oberhessen / IBAN-Kto. Nr. DE 37 5185 0079 0027 1163 37  
BIC: HELADEF1FRI



## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen / erklären wir unseren Beitritt zum Verein zur Förderung der Städtepartnerschaften der Stadt Karben e.V. **(Städtepartnerschaftsverein Karben)**

Name / Namen (bei Partnern)	Vorname / Vornamen (bei Partnern)
PLZ / Wohnort / Stadtteil	Straß3 / Hausnummer
Geburtsdatum / -daten	Telefon:
Fax:	E-Mail-Adresse: -wichtig zur Minimierung der Portokosten-

Ich / Wir sind bereit, einen Jahresbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro zu zahlen.

**(Mindestbeitrag Person 20,00)**     -steuerlich absetzungsfähig-

Ort / Datum: \_\_\_\_\_  
Unterschrift /-en

### Einzugs-/Abbuchungs-Ermächtigung (SEPA-Basis-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen)

Hiermit ermächtige ich den Städtepartnerschaftsverein Karben, wiederkehrend Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. (Abbuchungsdatum: am 15.03.eines jeden Jahres)

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.

Ihre IBAN-Konto Nr.: (früher Kontonummer)	Ihre BIC: (früher Bankleitzahl)
Name Ihrer Bank	
Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer:  DE55ZZZ00001344078	Ihre Mandats-Referenz Nr.:
Ort / Datum	Unterschrift: