

AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft gem. u.a. Bedingungen im Kulturzentrum Schlachthof e.V.:

**Name der/des Antragsteller_in,
bzw. Mitgliedsgruppe
(Name, Personenzahl und
Kontaktperson)**

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Email

Bremen, den _____

Unterschrift (Mitglied/Kontaktperson)

1. Mitgliedschaft

Mitglied des Vereins kann jede natürliche Person, Gruppe oder Organisation sein, die bereit ist die Arbeit des Kulturzentrums Schlachthof im Sinne des Vereinszweckes zu unterstützen.

2. Mitgliedsbeitrag

Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich:

für Einzelpersonen	€ 36,-
für Gruppen bis zu 20 Personen	€ 90,-
für Gruppen bis zu 40 Personen	€ 140,-
mit mehr als 40 Personen	€ 170,-

☐ Ich möchte als Einzelperson Fördermitglied werden € 72,-

3. Beitragszahlung

Die Beitragszahlungen erfolgen gem. anliegendem SEPA-Lastschriftmandat.

4. Jahreshaupt- und Mitgliederversammlungen

Die Zahl der stimmberechtigten Mitglieder der Gruppen und Organisationen richtet sich nach der Zahl ihrer Mitglieder:

Einzelmitglieder	1	Delegierte_r / bis 20 Mitglieder	4	Delegierte
bis 40 Mitglieder	6	Delegierte / über 40 Mitglieder	8	Delegierte

Änderungen der Mitgliederanzahl sind dem Zentrum mitzuteilen.

5. Beendigung der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft endet durch Austritt, Auflösung, Ausschluss oder Einstellung der kontinuierlichen Tätigkeit.

Der Austritt kann zum Ende eines Quartals erfolgen und ist mit einer Frist von zwei Wochen vorher dem Vorstand mitzuteilen.

Bestätigung der Aufnahme in das Kulturzentrum Schlachthof e.V. durch den Vorstand:

Bremen, den _____

Unterschrift (Vorstand)

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich das

Kulturzentrum Schlachthof e.V.
Findorffstr. 51
28215 Bremen

als Zahlungsempfänger den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ €
von meinem Konto bis auf Widerruf abzubuchen.

Die Abbuchung erfolgt jährlich nach der Jahreshauptversammlung und Bekanntgabe per E-Mail, voraussichtlich bis zum 31.07. eines jeden Jahres.

Die Abbuchung erfolgt unter Gläubiger-Id DE85ZZZ00001686239
Mandatsreferenz

Name, Vorname:

gff. abweichender Kontoinhaber

IBAN:

[illegible]

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis auf Widerruf: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.