



### Aufnahmeantrag

Ich bitte um Aufnahme als Mitglied in die Waltrop Akademie für Bildung&Beruf e.V.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Wohnort

Straße

mail

Zahlung der Mitgliedsbeiträge vierteljährlich  halbjährlich  jährlich  (bitte ankreuzen)

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung und die gültigen Beiträge sowie die Aufnahmegebühr der Akademie an.

Ort und Datum  Unterschrift

#### Für Minderjährige

Mit dem Eintritt meines Kindes in die Akademie erkläre ich mich einverstanden.

Ort und Datum  Unterschrift   
des Erziehungsberechtigten

#### Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

Hiermit ermächtige ich die Akademie für Bildung&Beruf e.V. widerruflich, meinen Mitgliedsbeitrag zu Lasten meines unten angegebenen Kontos bei Fälligkeit durch Lastschrift einzuziehen.

Ich möchte vierteljährlich  halbjährlich  jährlich  bezahlen. (bitte ankreuzen)

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für das kontoführende Kreditinstitut keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Name

Vorname

Anschrift

#### Kontoverbindung

Kontonummer

Bankleitzahl

Name und Ort des Kreditinstitutes

Name und Anschrift des Kontoinhabers wenn abweichend von Antragsteller

Ort und Datum  Unterschrift

