



## Antrag auf Vollmitgliedschaft

Vorname

Nachname

Nickname *(optional)*

Geburtsdatum *(falls minderjährig)*

E-Mail Adresse

Straße & Hausnummer

Ort & Postleitzahl

Ich möchte dem Verein warpzone e.V. als Mitglied beitreten. Ich habe die Satzung gelesen und erkläre die Richtigkeit der oben genannten Angaben. Änderungen dieser Angaben werde ich unverzüglich dem Vorstand mitteilen.

---

Ort, Datum

Unterschrift Bei Minderjährigen auch die eines Erziehungsberechtigten

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige der warpzone e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der warpzone e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bankverbindung

IBAN

BIC

Bank

Kontoinhaber *(falls abweichend vom Antragsteller)*

Name

Straße & Nr.

Ort & PLZ

Zahlungsempfänger:

warpzone e.V.

Am Hawerkamp 31

48155 Münster

Gläubigeridentifikationsnummer:

**DE54 2203 0001 2487 45**

Die Mandatsreferenz wird in der Willkommens E-Mail bekannt gegeben.

Zusätzlich zu dem monatlichem Beitrag möchte ich monatlich , € Spenden. Die Spende wird zusammen mit dem Mitgliedsbeitrag abgebucht.

**Der aktuelle monatliche Mitgliedsbeitrag liegt bei 15€ (Stand Juni 2019)**

---

Ort, Datum

Unterschrift