



## Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich, \_\_\_\_\_ (Name, Vorname)\*  
meine Aufnahme in den Verein *Energiewende InnSalzach e.V.* und unterstütze ihn in seiner Zielsetzung:

*„Ziel ist es, die Energiewende voranzutreiben und so einen Beitrag zur bayerischen Klimaneutralität bis 2040 zu leisten. Hierfür ist die Sensibilisierung der Menschen in der Region Inn-Salzach für die Wichtigkeit, fossile Energieträger durch erneuerbare Energieträger zu ersetzen eine zentrale Aufgabe.“*

Straße, Hausnummer:\* \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort:\* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum:\* \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich beantrage die Aufnahme als

- ordentliches Mitglied** (mindestens 120€ jährlich; 60€ jährlich bei Ermäßigung)  
 **Fördermitglied** (mindestens 30€ jährlich)

Mein Mitgliedsbeitrag beträgt \_\_\_\_\_ und wird jährlich fällig zum Monat des Eintritts.

Ich erhalte eine Beitrittsermäßigung als \_\_\_\_\_ (z.B. Student)

Einen entsprechenden Nachweis füge ich dem Antrag bei.

- Ich nehme zur Kenntnis, dass die Hinweise zum Datenschutz unter [datenschutz@energiewende-innsalzach.de](mailto:datenschutz@energiewende-innsalzach.de) bezogen werden können.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung sowie die Ordnungen des Vereins in der jeweils gültigen Fassung als für mich verbindlich an. Die aktuelle Fassung der Satzung habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\*Pflichtfelder



## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Wiederkehrende Zahlungen

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers: Energiewende InnSalzach e.V.  
c/o BUND Naturschutz  
Bahnhofstraße 48  
84503 Altötting

DE34ZZZ00002695569	
Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)	Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

### SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige *Energiewende InnSalzach e.V.* Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift zum angegebenen Fälligkeitsdatum einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von *Energiewende InnSalzach e.V.* beauftragten Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

[Kontoinhaber]
----------------

[Kreditinstitut]
------------------

[BIC]	[IBAN]
-------	--------

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift