

Bitte per Post oder Fax (+49(0)241-535786) oder gescannt als E-Mail-Anhang (zentrale@sfv.de) zurücksenden an den SFV

Mitgliedsantrag

Name, Vorname	
Str.	PLZ /Ort
Tel/Fax	E-Mail

Ich beantrage die persönliche Mitgliedschaft im Solarenergie-Förderverein Deutschland e.V. (SFV):

Jahresbeitrag*:

Ich zahle einen freiwilligen Beitrag von 120 Euro

Mein Jahresbeitrag beträgt Euro (mindestens 90 Euro)

Ich möchte einen ermäßigten Jahresbeitrag von Euro zahlen (mindestens 30 EUR).

Gründe (bereits Mitglied in anderen Vereinen, Azubi, Student, Rentner, arbeitslos, Betreiber einer Solarstromanlage) Zutreffende Ermäßigungsgründe bitte unterstreichen

* Der Beitrag für ein neues Mitgliedsjahr wird immer zum Tag des Eintritts fällig.

* Wird der Beitrag im Lastschriftverfahren erhoben, erfolgt keine Rechnungstellung bzw. Erinnerungsschreiben

Lokale SFV-Infostellen

Alle Mitglieder werden zentral von der Bundesgeschäftsstelle betreut. Wenn Sie mit Ihrem Mitgliedsbeitrag zusätzlich eine lokale Info-Stelle des SFV unterstützen wollen, so geben Sie diese bitte an. Einen vollständigen Überblick zu den SFV-Infostellen finden Sie unter

<https://www.sfv.de/lokal/mails/phj/infostel.htm>

Die Satzung des Vereins erkenne ich an. (Quelle: <https://www.sfv.de/lokal/mails/wvf/satzungs.htm>)

Unsere Datenschutzerklärung (Stand 27.09.2018) finden Sie unter <https://www.sfv.de/artikel/datenschutzerklaerung.htm>
Diese habe ich zur Kenntnis genommen und bin mit ihr einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Erteilung eines Mandats zum Einzug von SEPA-Basis-Lastschriften

Zahlungsempfänger: Solarenergie-Förderverein Deutschland e.V., Frère-Roger-Str. 8-10, 52062 Aachen,

Gläubiger ID: DE56ZZZ00000378910

Mandatsreferenz: wird gesondert mitgeteilt

Ich ermächtige den Solarenergie-Förderverein Deutschland e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Solarenergie-Förderverein Deutschland e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.

Kontoinhaber

Name, Anschrift wie oben

Kreditinstitut Name _____ BIC _____ (BIC und IBAN finden Sie auf Ihrem Kontoauszug)

DE _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____
IBAN

Ort, Datum

Unterschrift

Sie möchten keine Einzugsermächtigung erteilen? Dann überweisen Sie bitte auf das unten angegebene Konto.