

Mitgliedsantrag Lokale Aktionsgruppe

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein „LEADER Region Landkreis Fürth e.V.“ als

- Privatperson.**
- Einrichtung, Gruppierung, Organisation, Verein.**
- Gebietskörperschaft im Wirkungskreis des Vereins.**
- Unternehmen.**

Weitere Angaben zum Antragsteller:

Name Gebietskörperschaft/ Unternehmen/ Einrichtung/ Verein/ Verband/ Institut

Name, Vorname

Funktion

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobiltelefon

Telefax

Homepage

E-Mail-Adresse

ggf. weitere E-Mail-Adresse

Ich versichere, dass die Mitgliedsvoraussetzungen der Vereinssatzung erfüllt sind. Nach § 3 (1) kann Mitglied des Vereins jede natürliche oder juristische Person sein, die ihren Sitz/ Betriebs-stätte und/oder Wirkungskreis im Vereinsgebiet haben und den Vereinszweck unterstützt.

Ich bin einverstanden, dass ich namentlich als Mitglied der LAG „LEADER Region Landkreis Fürth e.V.“ öffentlich genannt werden darf. Der für die Mitgliedschaft zu entrichtende Jahresbeitrag ist in der Beitragsordnung der „LEADER Region Landkreis Fürth e.V.“ geregelt.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift



Kofinanziert von der
Europäischen Union



Gefördert durch
Bayerisches Staatsministerium für
Ernährung, Landwirtschaft, Forsten und Tourismus

Kontakt
Telefon: 0911-9773-1030
Telefax: 0911-9773-1061
leader@lra-fue.bayern.de
leader.landkreis-fuerth.de

Bankverbindung
LEADER Region Landkreis Fürth e.V.
Sparkasse Fürth
IBAN: DE5376250000040669152
BIC: BYLADEM1SFU

Einzugsermächtigung

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

LAG LEADER Region Landkreis Fürth e.V., Im Pinderpark 2, 90513 Zirndorf, Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE67ZZZ00001696748**

Mandatsreferenz: **wird mit separatem Schreiben mitgeteilt**

SEPA-Lastschriftmandat (wiederkehrend)

Ich ermächtige die LAG LEADER Region Landkreis Fürth e.V., widerruflich, die jeweils fälligen Beiträge mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom LEADER Region Landkreis Fürth e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Kreditinstitut

BIC

Ort, Datum

Unterschrift

Die von Ihnen angegebenen Daten werden zur Sachbearbeitung und im Rahmen der LAG-Arbeit verwendet.

Erfahren Sie mehr in unserer Datenschutzerklärung unter

<https://www.landkreis->

[fuerth.de/fileadmin/redakteure/SG04/Datenschutzerklaerung_LEADER_Region_Lkr_FUE.pdf](https://www.landkreis-fuerth.de/fileadmin/redakteure/SG04/Datenschutzerklaerung_LEADER_Region_Lkr_FUE.pdf)