



**Antrag auf Mitgliedschaft
Spielmobile e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG)
der mobilen spielkulturellen Projekte**

per Fax an **089 28856073**
oder per Mail an info@spielmobile.de

Name der Einrichtung:
Name des Spielmobil:
Kontaktperson:
Straße, Hausnummer:
PLZ.....Ort: Bundesland/Land:
Telefon..... Email: Web:

Ja, ich möchte Mitglied bei Spielmobile e.V. werden

(Spielmobilszene im Mitgliedsbeitrag enthalten)

- Einzelmitgliedschaft** (51 € jährlich)
- Organisation** (153 € jährlich)

Die Mitgliedschaft bei der Spielmobile e.V. kann jederzeit gekündigt werden (Schriftform).

Ansprechpartner: Eva Hofmann (mitglieder@spielmobile.de)

Angaben zur Statistik: (zutreffendes bitte ankreuzen)	
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> ganzjährig betriebenes Spielmobil<input type="radio"/> mit hauptberuflichen Kräften<input type="radio"/> Abenteuerspielplatz<input type="radio"/> Jugendpflege mit Ferienprogramm<input type="radio"/> Fachverband<input type="radio"/> Einfach nur Interesse<input type="radio"/> Sonstiges.....	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Saisonales Spielmobil<input type="radio"/> Spielhaus<input type="radio"/> Jugendfarm<input type="radio"/> anderweitig in der Spielpädagogik tätig<input type="radio"/> Fachpresse<input type="radio"/> freiberuflich tätig

Ort: Datum: Unterschrift:

Spielmobile e.V.
Aschauer Str. 21
81549 München

Telefon 089 – 12 79 96 67
Fax 089 - 28856073
Mail info@spielmobile.de

Landesbank Baden-Württemberg
IBAN: DE48 6005 01 01 0004 7017 52
BIC: SOLADEST

www.spielmobile.de

SEPA-Basislastschrift-Mandat

(SEPA Direct Debit Mandate / CORE)

Zahlungsempfänger

Vorname und Name / Firma: Spielmobile e.V. _____

Straße und Hausnummer: Aschauer Str. 21 _____

PLZ und Ort: 81549 München _____

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE68ZZZ00001022580 _____

Mandatsreferenz: _____

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den oben genannten Zahlungsempfänger,

einmalig eine Zahlung

wiederkehrende Zahlungen

von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber)

Vorname und Name / Firma: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Kreditinstitut (Name): _____

BIC: _____ | _____

IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Ort, Datum _____

Unterschrift/en _____