



**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)	
<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.....	<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-Firmenlastschrift-Mandat

(SEPA Business-to-Business Direct Debit Mandate)

Zahlungsempfänger

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: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf **Konten von Unternehmen** gezogen sind. Ich bin (Wir sind) nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin (Wir sind) berechtigt, mein (unser) Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, die Lastschrift(en) nicht einzulösen.

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber)

Firma: _____
Straße und Hausnummer: _____
PLZ und Ort: _____
Kreditinstitut (Name): _____
BIC: _____ | _____
IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Ort, Datum _____

Unterschrift/en _____

Firmenstempel bzw. Firmenbezeichnung