



Illenau-Werkstätten e.V.

Illenauer Allee 54 • 77855 Achern • info@illenau-werkstaetten.de • www.illenau-werkstaetten.de

Beitrittserklärung

Mit der Mitgliedschaft in den Illenau Werkstätten e.V. erhalten Sie nicht nur die Vorzüge der Nutzung unseres Vereinsprogrammes und den Einrichtungen, sondern Sie unterstützen auch einzigartige Projekte in Achern, wie u.a. die Familientage, die Kunstsommer für Kinder, Jugendliche und Erwachsene und den AllerHand-Markt. Werden auch Sie Mitglied in den Illenau Werkstätten e.V. und ermöglichen uns damit, die Werkstätten zu erhalten und weiter zu entwickeln, kreative und soziale Projekte und Veranstaltungen, welche in Ihrer Konzeption ein Alleinstellungsmerkmal für eine Kleinstadt darstellen, weiterhin anbieten zu können.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Illenau-Werkstätten e.V., Illenauer Allee 54, 77855 Achern. Ich wähle folgende Mitgliedschaft (*zutreffendes bitte ankreuzen, Erklärung siehe unten*):

- einfache Mitgliedschaft für Einzelpersonen, Paare und Familien**: 20,00 €
- erweiterte Mitgliedschaft für Einzelpersonen: 50,00 €*
- erweiterter Mitgliedschaft für Paare und Familien**: 60,00 €*

Der Mitgliedsbeitrag wird einmal jährlich erhoben.

*erweiterte Mitgliedschaft beinhaltet

- 10% Ermäßigung auf alle Kursangebote
- 10% Ermäßigung auf Raummieten bei privater Nutzung
- kostenlose Nutzung der offenen Werkstätten und Gruppen (Malgruppen, Holzwürmer und weitere)

**Als Familien gelten ein oder zwei Erziehungsberechtigte und deren Kinder bis zum Alter von 18 Jahren

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Illenau-Werkstätten e.V., Illenauer Allee 54, 77855 Achern

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE25ZZZ0000427677

Mandatsreferenz: VIW _____

SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige den Illenau-Werkstätten e.V., Beitragszahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Illenau-Werkstätten 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.

Name, Vorname (Kontoinhaber*in): _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Name der Bank _____

IBAN _____ BIC _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____