



# Wildtierauffangstation Karlsruhe e.V. (WiTAS)

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied zum Verein Wildtierauffangstation Karlsruhe e.V. Durch meinen Beitritt zum Verein erlange ich dessen Mitgliedschaft mit allen sich daraus ergebenden satzungsgemäßen Rechten und Pflichten. Jedes Mitglied erhält bei Eintritt in den Verein eine Satzung.

Der Jahresbeitrag je Mitglied beträgt **40,00 €**, für Familien **60,00 €**. Der Jahresbeitrag für Studierende, Auszubildende und Schüler beträgt **10,00 €**. Der Jahresbeitrag für Juristische Personen (Vereine etc.) beträgt **100,00 €**. In Härtefällen kann auf Antrag ein reduzierter Beitrag von **10,00 €** gewährt werden. Alle Beiträge sind jeweils zu Beginn eines Kalenderjahres fällig, bzw. zum Zeitpunkt des Beitritts. Der Beitrag wird mittels Bankeinzugsermächtigung oder Banküberweisung entrichtet.

Postanschrift: Wildtierauffangstation Karlsruhe e.V., c/o Feuerstein - Obst, Rintheimer Str. 33, 76131 Karlsruhe

Vorstand: Rosemarie Schröder, Eva Schaarschmidt, Renate Rastätter

Email: [kontakt@witas-ka.de](mailto:kontakt@witas-ka.de)

Website: [witas-ka.de](http://witas-ka.de)

### Bankverbindung des Vereins:

**IBAN: DE98 6619 0000 0010 5276 94**

**Konto: 0010527694**

**Geldinstitut: Volksbank Karlsruhe (BLZ 66190000)**

_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Geburtsort, Geburtsdatum	Beruf
_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift

### Ermächtigung zum Einzug von Mitgliedsbeiträgen mittels SEPA-Lastschriftverfahren:

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

_____	
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	
_____	_____
Iban (oder Kontonummer)	BIC (oder BLZ)
_____	
Kontoführendes Kreditinstitut	
_____	
Zahlungen wegen (Verpflichtungsgrund, evt. Beitragsbegrenzung)	
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift