

## Aufnahmeantrag

Hiermit bitten wir / bitte ich um die Aufnahme in die Landesarbeitsgemeinschaft „LAG Queeres Netzwerk Sachsen e.V.“ als

### ordentliches Mitglied – juristische Person

Name	
Anschrift	
Ansprechpartner_in	
Telefon / E-Mail	

Wir erklären uns bereit, den Mitgliedsbeitrag von 4 EUR / Monat (entspricht 48 EUR p.a.) zu zahlen.

### ordentliches Mitglied – natürliche Person

Name	
Anschrift	
Geburtsdatum	
Telefon / E-Mail	

Ich erkläre mich bereit, den Mitgliedsbeitrag von 2 EUR / Monat (entspricht 24 EUR p.a.) zu zahlen.

Ich bestätige, dass ich nicht Mitglied einer juristischen Person bin, die bereits Mitglied der LAG ist und, dass ich nicht bei einer juristischen Person angestellt bin, die bereits Mitglied der LAG ist (Satzung §3 (2)).

### Fördermitglied

Name	
Anschrift	
Ansprechpartner_in (jurist. Personen)	
Geburtsdatum (natürl. Personen)	
Telefon / E-Mail	

Wir erklären uns bereit / Ich erkläre mich bereit, einen Mitgliedsbeitrag von \_\_\_\_ EUR / Monat (entspricht \_\_\_\_ EUR p.a.) zu zahlen. Für Fördermitglieder beträgt der Mitgliedsbeitrag mindestens 2 EUR / Monat.

Wir begleichen / Ich begleiche den Mitgliedsbeitrag wie folgt:

Überweisung

Bankeinzug (bitte SEPA-Mandat ausfüllen)

Mit diesem Antrag bekunden wir / bekunde ich zugleich die Bereitschaft zur freiwilligen und partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den anderen Mitgliedern der Landesarbeitsgemeinschaft und erkennen / erkenne die Satzung des LAG Queeres Netzwerk Sachsen e.V. an.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

---

SEPA-Mandat

LAG Queeres Netzwerk Sachsen e.V., Prießnitzstr. 18, 01099 Dresden

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE81ZZZ00001951800

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Hiermit ermächtigen wir / ermächtige ich widerruflich den Verein „LAG Queeres Netzwerk Sachsen e.V.“

einmalig

wiederkehrend

Zahlungen von unserem / meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser / weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein „LAG Queeres Netzwerk Sachsen e.V.“ auf unser / mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name	
Anschrift	
IBAN	
BIC	
Kreditinstitut	

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift