

**Trägerverein „Christliche Bildung Mainz e.V.“**

---

**- Beitrittserklärung -**

Ich stelle hiermit den Antrag auf Aufnahme als ordentliches Mitglied in den Trägerverein „Christliche Bildung Mainz e.V.“. Ich erkläre, dass ich die Satzung des Trägervereins der CBM voll umfänglich anerkenne und bin bereit, den Verein in der Erreichung seiner satzungsmäßigen Ziele nach meinen Möglichkeiten finanziell und/oder durch Dienstleistungen zu unterstützen.

**Meine persönlichen Daten sind:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Stadt: \_\_\_\_\_ Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Zugehörig zur Gemeinde: \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass der Trägerverein „Christliche Bildung Mainz e.V.“ durch Bescheid des Finanzamts Mainz vom 14.04.2015 als gemeinnützig anerkannt ist und Beiträge und Zuwendungen im Rahmen der steuerlichen Höchstbeträge abzugsfähig sind.

**Beiträge und Zuwendungen**

1. Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich 30,- €. Er ist zum 01.03. eines Jahres fällig und wird per Lastschrift von Ihrem Konto abgebucht (bitte SEPA Mandat im Anhang ausfüllen). Bei Beitragsanpassungen werden Sie rechtzeitig informiert.

2. Ich bin bereit, die „CBM e.V.“ zusätzlich mit folgenden Zuwendungen zu unterstützen: Betrag: \_\_\_\_\_ EUR  monatlich  vierteljährlich  jährlich beginnend mit dem \_\_\_\_\_.

Ich möchte den Gebetsbrief / Newsletter per Email erhalten.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Trägerverein „Christliche Bildung Mainz e.V.“ (CBM) ; Zur Oberlache 2, 55124 Mainz**

Gläubiger-ID: **DE30ZZZ00001596534** / Mandatsreferenz: **wird nachträglich mitgeteilt**

## **SEPA-Lastschrift-Mandat**

Ich ermächtige **den Trägerverein „Christliche Bildung Mainz e.V.“ (CBM)**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom **Trägerverein „Christliche Bildung Mainz e.V.“ (CBM)** auf meinem Konto gezogenen SEPA - 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 des Mitgliedes)

\_\_\_\_\_  
(PLZ, Ort, Straße, Hausnummer des Mitgliedes)

\_\_\_\_\_  
(IBAN des Mitgliedes )

\_\_\_\_\_  
/ BIC des Mitgliedes)

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitgliedes

Bitte unterschreiben und zurücksenden an:

- a) CBM e.V., Zur Oberlache 2, 55124 Mainz-Gonsenheim,
- b) [info@cb-Mainz.de](mailto:info@cb-Mainz.de) (eingescannt)