



Aufnahme–Antrag KG Et Jecke Jrüppche e.V.

Hiermit bitte(n) ich/wir um Mitgliedschaft in der KG Et Jecke Jrüppche e.V.

Name, Vorname(n), sämtliche bei Familien

Geb.-Datum

Name, Vorname(n), sämtliche bei Familien

Geb.-Datum

Straße, Hausnummer

Mobil-Nr.

PLZ, Wohnort

Telefon-Nr

E-Mail-Adresse

Fax-Nr.

Mir/uns ist bekannt, und ich bin/wir sind damit einverstanden, dass eine Mitgliederliste mit persönlichen Angaben geführt wird. Die Liste wird nur intern an Mitglieder weitergegeben.

Mitgliedschaft: (bitte ankreuzen)

Jahresbeiträge

- | | | |
|--|---------------|--------------------------|
| Kinder | beitragsfrei | <input type="checkbox"/> |
| Erwachsene, ab dem 18. Lebensjahr | Beitrag: 36 € | <input type="checkbox"/> |
| Azubis, Jugendliche ab dem 16. Lebensjahr, | | |
| Rentner, Senioren, Studenten | Beitrag: 27 € | <input type="checkbox"/> |
| Ehepaare, Lebensgemeinschaften | Beitrag: 57 € | <input type="checkbox"/> |
| Familienmitgliedschaft | Beitrag: 60 € | <input type="checkbox"/> |
| Fördermitgliedschaft | Beitrag _____ | <input type="checkbox"/> |

(Förderbeitrag nach eigenem Ermessen, jedoch mehr als die grundsätzlich für das Fördermitglied geltende Beitragsklasse)

Zahlungsweise: (bitte ankreuzen)

SEPA-Lastschriftinzug: **Überweisung:** ½ jährlich zum 1.04 und zum 1.10 jährlich

(Siehe Anhang, SEPA-Lastschriftmandat)

Mit der Erklärung wünsche(n) ich/wir der KG Et Jecke Jrüppche e.V. beizutreten und erkenne(n) mit der Aufnahme die Satzung des Vereins an.

Geschäftsstelle: Haydnstr. 1, 53859 Niederkassel

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

KG Et Jecke Jrüppche e.V. , Haydnstr. 1, 53859 Niederkassel-Lülsdorf

Gläubiger-Identifikationsnummer DE0360100000454942

Mandatsreferenz (KG EJJ-Mitgliedsnummer)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die KG EJJ e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der KG EJJ 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name)

_____|_____
BIC, 8 oder 11 Stellen

DE ____|____|____|____|____|____
IBAN

Kontonummer

Bankleitzahl

Ort, Datum und Unterschrift