

# Freundeskreis Koblenzer Stadtsoldaten 1975 e.V.



## Beitrittserklärung

Ich/Wir möchte/n ab dem .....

aktives  passives Mitglied im **Freundeskreis Koblenzer Stadtsoldaten 1975 e.V.** werden.

(über die Aufnahme entscheidet der Vorstand)

Mitgliedsbeiträge z. Zt. jährlich

Erwachsene Einzel € 20,00  Paare € 40,00  Familienbeitrag € 50,00  Kinder u. Jugendliche bis 18 Jahre € 12,00  Freiwillig höher € .....

Berthold Jung  
Schatzmeister  
Nordstr. 21  
53498 Bad Breisig  
Tel.: 02633/475083  
mail:  
[schatzmeister.fks@t-online.de](mailto:schatzmeister.fks@t-online.de)

### Persönliche Angaben (Bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen)

Name: .....	Name: .....
Vorname: .....	Vorname: .....
Geburtstag: .....	Geburtstag: .....
Mobil: .....	Mobil: .....
Email: .....	Email: .....
Straße/Nr.: .....	PLZ/Ort: .....
Telefon: .....	Ort, Datum: ....., .....
..... (Unterschrift, bei Minderjährigen Sorgeberechtigte/r)	..... (Unterschrift)

### Zusätzliche Angehörige (Kinder und Jugendliche, wenn Familien-Mitgliedschaft gewünscht wird)

Vorname: .....	Geburtstag: .....	Handy: .....	Email: .....
Vorname: .....	Geburtstag: .....	Handy: .....	Email: .....

### Einverständniserklärung: Mit meiner/unserer Unterschrift erkläre/n ich/wir mich/uns damit einverstanden, dass von mir/uns

Fotos zum Zweck der Öffentlichkeitsarbeit des Vereins publiziert werden dürfen. Als Sorgeberechtigte/r erkläre dies auch für ggf. mit angemeldete minderjährige Kinder und Jugendliche.

### SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikations-Nr.: <b>DE94ZZZ00001294488</b>	Mandatsreferenz: .....	(wird nach Aufnahme mitgeteilt)	
Ich/wir ermächtige/n den <b>Freundeskreis Koblenzer Stadtsoldaten 1975 e.V.</b> den o.a. Jahres-Mitgliedsbeitrag von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom <b>Freundeskreis Koblenzer Stadtsoldaten 1975 e.V.</b> aus mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.			
..... (Vorname u. Name Kontoinhaber)	..... (Straße u. Haus-Nr.)	...../ (PLZ)	..... (Ort)
Kreditinstitut: .....	BIC .....	IBAN DE.....	
Hinweis: Ich/wir kann/können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.			
..... (Ort)	..... (Datum)	..... (Unterschrift Kontoinhaber)	