

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 €

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 Sorgeberechtigter) (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.: DE94ZZZ00001294488 Mandatsreferenz: (wird nach Aufnahme mitgeteilt)			
Ich/wir ermächtige/n den Freundeskreis Koblenzer Stadtsoldaten 1975 e.V. , den o.a. Jahres-Mitgliedsbeitrag von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Freundeskreis Koblenzer Stadtsoldaten 1975 e.V. , 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)