

Saarweller Karnevalsgesellschaft Gold - Blaue - Funken e.V.



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in die Saarweller Karnevalsgesellschaft Gold-Blaue-Funken e.V. und erkenne durch meine Unterschrift die Vereinssatzung als bindend an.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Einzelmitgliedschaft | Jahresbeitrag | € 30,00 |
| <input type="checkbox"/> Einzelmitgliedschaft U18 | Jahresbeitrag | € 24,00 (bis 18 Jahre, Schüler, Studenten, Azubis) |
| <input type="checkbox"/> Ehegattenmitgliedschaft | Jahresbeitrag | € 36,00 |
| <input type="checkbox"/> Familienmitgliedschaft | Jahresbeitrag | € 42,00 |
| <input type="checkbox"/> Uniformgebühr- weibl. Gardien | Jahresbeitrag | € 5,00 |
| <input type="checkbox"/> Gönnermitgliedschaft | Jahresbeitrag | € 111,11 |
| <input type="checkbox"/> Sponsorenbeiträge | <input type="checkbox"/> € 222 <input type="checkbox"/> € 333€ <input type="checkbox"/> € 555 | |

Hauptmitglied	ggf. Ehegatte	ggf. Familienmitglied	ggf. Familienmitglied
Name, Vorname			
Anschrift			
Postleitzahl, Ort			
Geburtsdatum			
E-Mail Adresse			
Telefon, Handy			
Aktiv: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Aktiv: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Aktiv: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Aktiv: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ort, Datum	Unterschrift (Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen)
------------	--

Die Kündigung der Mitgliedschaft muss drei Monate vor dem 31.12. des jeweiligen Jahres in schriftlicher Form erfolgen.

Saarweller Karnevalsgesellschaft Gold-Blaue-Funken e.V.
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE60GBF00000461773

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger KG Gold-Blauen-Funken e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von den Gold-Blaue-Funken auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

Vorname und Name (Kontoinhaber)	Name Kreditinstitut
Straße und Hausnummer	BIC Kreditinstitut _____
Postleitzahl und Ort	IBAN DE ____ ____ ____ ____ ____ ____

Ort, Datum	Unterschrift Kontoinhaber
------------	---------------------------