



Beitrittserklärung zum Karnevalverein Weiterstadt e.V.

Hiermit erkläre ich ab dem _____ meinen Beitritt ()
den Beitritt meines Kindes ()
den Beitritt meiner Familie ()

Name: _____ Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ Hochzeitsdatum: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

e-Mailadresse: _____

Weitere Familienmitglieder

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Der Mitgliedsbeitrag beträgt monatlich (zutreffendes bitte ankreuzen)

Jugendliche unter 18 Jahren	2,00 €	()
Auszubildende/Studenten	3,50 €	() <i>gegen Nachweis!</i>
Erwachsene	5,00 €	()
Familien	10,00 €	() <i>mindestens 1 Erwachsener/1Kind</i>

Bitte buchen Sie den Mitgliedsbeitrag in folgendem Intervall von meinem Konto ab:

() Halbjährlich () Jährlich

Die Daten in dieser Beitrittserklärung werden für Zwecke der Mitgliederverwaltung nach Maßgabe des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) gespeichert. Eine Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen.
Ich akzeptiere die aktuelle Fassung der Vereinssatzung, die ich in unserer Geschäftsstelle oder im Internet unter www.kvweiterstadt.de erhalte.

Weiterstadt, den _____ Unterschrift _____

(Bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)

**Bitte dieses Formular vollständig ausfüllen und gemeinsam mit dazugehörigem
SEPA-Lastschriftmandat an die Geschäftsstelle des Vereins senden.**



KARNEVALVEREIN WEITERSTADT E.V.

Mitglied im Bund Deutscher Karneval

SEPA-Lastschriftmandat

KVW-Gläubigeridentifikationsnummer: DE23ZZZ00000917466

Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt

Name des Mitglieds/der Mitglieder: _____

Mitgliedsnummer(n): _____

Ich/Wir ermächtige(n) den Karnevalverein Weiterstadt e.V. die fälligen Mitgliedsbeiträge von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Karnevalverein Weiterstadt e.V. auf mein/unser Konto geforderten Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kontoinhabers: _____

IBAN (22-stellig): D E _

BIC (8- oder 11-stellig): _ _ _ _ _ _ _ _

Kreditinstitut: _____

Ich bin / Wir sind verpflichtet, dem Karnevalverein Weiterstadt e.V. Änderungen der Bankverbindung rechtzeitig mitzuteilen. Ich / Wir verpflichte/n mich/uns, für eine ausreichende Kontodeckung zu sorgen. Rückbuchungsgebühren gehen zu meinen/unseren Lasten, soweit keine rechtzeitige Mitteilung über die Änderung der Bankverbindung erfolgt oder mein/unser Konto nicht gedeckt ist.

Die Daten in diesem SEPA-Lastschriftmandat werden für Zwecke der Mitgliederverwaltung nach Maßgabe des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) gespeichert.
Die Daten werden nur der jeweiligen Bank übermittelt und dienen nur zum Zwecke des Einzugs von fälligen Mitgliedsbeiträgen. Eine Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen.

Datum, Ort

Unterschrift Kontoinhaber

