

Mein Mitgliedsantrag

bei "Der Kreis Club Behinderter und ihrer Freunde e.V."

Am Alten Hospital 3a 56068 Koblenz



Ja, ich will Mitglied des Vereins "der Kreis" Club Behinderter und ihrer Freunde e.V. werden als

Vollmitglied (ordentliches Mitglied)
 mit Partner*in

Fördermitglied (stilles Mitglied)

Vor- / Nachname

Unternehmen / Organisation

Straße / Haus-Nr.:

PLZ / Ort

E-Mail

Telefon

Fax

Geburtsdatum

Zusendung des Rundbriefes (6 mal pro Jahr)
Falls ja,: per Post per E-Mail

keine Zusendung des Rundbriefes
 Tönerner Rundbrief

Ich wähle folgende Mitgliedschaft:

Ich beziehe Einkünfte aus einer Berufstätigkeit oder entsprechender Rente:
monatlicher Beitrag 3,50€ für Ehepaare bzw. Lebenspartner*in 5,00€

Ich bin Grundsicherungsempfänger*in, Schüler*in, Student*in oder Auszubildende*:
monatlicher Beitrag 1,00€ (Bei Bankeinzug nur jährliche Beitragszahlung möglich)

Als Fördermitglied zahle ich freiwillig einen Beitrag von _____ € im Jahr
(mindestens 12,00€)

Mir ist bekannt, dass mein Austritt gem. §6.6 der Satzung nur schriftlich und mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende erfolgen kann. Nach Zustimmung durch den Vorstand erhalte ich eine Mitgliedsbestätigung und eine Vereinsatzung.

Meinen Mitgliedsbeitrag zahle ich per: Überweisung Dauerauftrag Bankeinzug

vierteljährlich
halbjährlich
jährlich

Ort / Datum

Unterschrift

DER KREIS Club Behinderter und ihrer Freunde e.V.
Am Alten Hospital 3a, 56068 Koblenz

Volksbank RheinAhrEifel eG
IBAN: DE89 5776 15910163 7150 00
BIC: GENODED1BNA

SEPA-Lastschriftmandat
Gläubiger-Identifikationsnummer DE24ZZZ00000630813
Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Verein "Der Kreis Club Behinderter und ihrer Freunde e.V." in Koblenz,
Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von DER KREIS CBF Koblenz 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Vorname und Nachname (Kontoinhaber) _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____

IBAN: DE _____

BIC: _____

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____