

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) **Fördermitglied** (stilles Mitglied)
 mit Partner*in

Vor- / Nachname

Unternehmen / Organisation

Straße / Haus-Nr.:

PLZ / Ort

E-Mail

Telefon

Fax

Geburtsdatum

- Zusendung des Rundbriefes (6 mal pro Jahr) keine Zusendung des Rundbriefes
Falls ja,: per Post per E-Mail Tönender 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*r:
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 Vereinssatzung.

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

Sparkasse Koblenz

IBAN: DE30 5705 0120 0000 1242 89

BIC: MALADE51KOB

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:

BIC:

Ort:

Datum:

Unterschrift:
