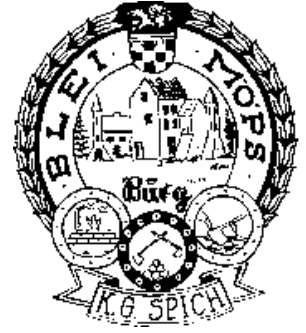


KG Bleimöps Spich e.V.

Adenauerstr. 14, 53842 Troisdorf-Spich



Aufnahme - Antrag

Ich beantrage die Mitgliedschaft in der K.G. „Bleimöps“ 1954 Spich e.V.

PERSONENDATEN

Name:	_____	Vorname:	_____
Straße:	_____	Nr.:	_____
PLZ:	_____	Ort:	_____
Telefon:	_____	Mobiltelefon:	_____
E-Mail:	_____		
Geburtsdatum:	_____	Verheiratet seit:	_____
Eintritt (Datum):	_____	Austritt:	_____

MITGLIEDSBEITRAG (stand 01.01.2014)

Beiträge nach Beschluss der Jahreshauptversammlung vom 28.04.2013

Für Einzelpersonen mit und ohne Kinder bis 16. Lebensjahr	gesamt Jahresbeitrag 42,00 €
Für Ehepaare/Lebenspartner mit und ohne Kinder bis 16. Lebensjahr	gesamt Jahresbeitrag 60,00 €
Für Jugendliche zwischen 16 bis 21 Jahren	gesamt Jahresbeitrag 15,00 €

Beitrag Wird von meinem Konto abgebucht:

Wird bei meinem Lebensgefährten / Eltern abgebucht:

Partner Name:	_____	Geburtsdatum:	_____
Kind Name:	_____	Geburtsdatum:	_____
Kind Name:	_____	Geburtsdatum:	_____

UNTERSCHRIFT

Mit dieser Erklärung trete ich der **KG Bleimöps Spich e.V.** bei. Durch den Beitritt entstehen gegenüber der **KG Bleimöps Spich e.V.** keinerlei finanzielle, materielle sowie sonstige Forderungsansprüche. Die Mitgliedschaft kann laut Satzung mit 3-monatiger Frist zum Jahresende gekündigt werden. Eine Rückerstattung von bereits gezahlten Beträgen ist nicht möglich. Der Vorstand der **KG Bleimöps Spich e.V.** behält sich das Recht vor, Mitglieder in begründeten Ausnahmefällen auszuschließen.

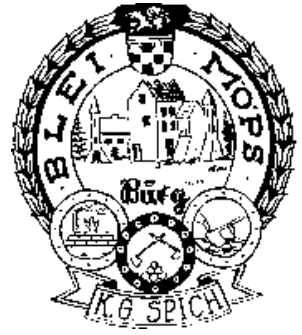
Ort, Datum, Unterschrift (Bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Der Vereinsvorstand hat am _____ dem Antrag genehmigt / abgelehnt.

Mitgliedsnummer

Bankverbindung: *VR-Bank Rhein-Sieg eG * BIC GENODED1RST * IBAN DE12 3706 9520 1402 1230 16

KG Bleimöps Spich e.V.
Adenauerstr. 14, 53842 Troisdorf-Spich



SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE52ZZZ00000900745

Mandatsreferenz

1	0			
---	---	--	--	--

 Wird vom Verein vergeben

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die **KG Bleimöps Spich e.V.**, den Jahresbeitrag **jährlich** am ersten Werktag im April von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der **KG Bleimöps Spich e.V.** 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.

Vorname, Name (Kontoinhaber) : _____

Straße und Hausnummer : _____

PLZ und Ort : _____

Kreditinstitut (Name) : _____

Kreditinstitut (BIC) : _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IBAN :

D	E																		
----------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Kontoinhaber (Druckbuchstaben)