

Kressbronner Segler e.V.

Danziger Weg 1/4 – 88079 Kressbronn

www.kressbronner-segler.de



Antrag auf Mitgliedschaft bei den Kressbronner Seglern e.V.

Ich beantrage die Aufnahme bei den Kressbronner Seglern e.V. als

(bitte für jede Person ein separates Formular ausfüllen)

Fördermitglied

Vollmitglied*

Familienmitglied

(Familie mit bis zu zwei Kindern)

Jugendmitglied

(0 – vollendetes 17. Jahr)

*Bei Vollmitgliedern in Ausbildung (18 – 27 Jahre) wird nach Vorlage eines Ausbildungsnachweises der Beitrag reduziert.

Bitte mit Druckbuchstaben ausfüllen:

Antrag bitte nur im Original einreichen! Nicht per Fax oder email.

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Geb. Datum: _____

E-Mail Adresse: _____

Tel: _____

Tel. geschäftlich: _____

Ich bin damit einverstanden, dass mein Vorname, Name, Adresse, Alter sowie der beantragte Mitgliederstatus zur Information der Mitglieder im Aushang auf dem Clubgeländer der Kressbronner Segler e.V. veröffentlicht wird. Zugleich gebe ich meine Einwilligung zur elektronischen Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Mitgliederverwaltung (Mitgliederliste). Ggf. streichen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

(Bei Jugendlichen unter 18 Jahren Unterschrift des gesetzlichen Erziehungsberechtigten)

Erteilung eines Mandates zum Einzug von SEPA-Basis-Lastschriften:

Zahlungsempfänger: Kressbronner Segler e.V., Danziger Weg 6, 88079 Kressbronn

Gläubiger-ID-Nr.: DE15ZZZ00000548040

Mandatsreferenz-Nr.*:

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Kontoinhaber Name, Anschrift wie oben

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Konto-Nr.: _____

Bankleitzahl: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Bank: _____

Mandat für Einzug von SEPA-Basis-Lastschrift:

Ich/Wir ermächtige/n die Kressbronner Segler e.V. Zahlungen von o.g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von den Kressbronner Seglern auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann / wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich/wir verpflichte/n mich/uns jede Änderung der Kontoverbindung unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Kontoinhaber/s

* Die Mandatsreferenz-Nr. wird dem Kontoinhaber mit einer separaten Ankündigung über den erstmaligen Einzug des Lastschriftbetrages mitgeteilt.