

Antrag auf Mitgliedschaft im CVJM Gevelsberg e.V.

Hiermit bitte ich um Aufnahme als Mitglied im CVJM Gevelsberg e.V.. Mit meiner Unterschrift bekenne ich mich zu den Zielsetzungen des Vereins, wie sie im § 2 der Satzung dargelegt sind.

Angaben zur Person

	Vollständiger Name	geb. am	Geschlecht	Besuchte Gruppe / Abteilung:
1			<input type="checkbox"/> m / <input type="checkbox"/> w	

ggfs. Grund für Ermäßigung: _____

Weitere Personen (für Familienmitgliedschaft)

2			<input type="checkbox"/> m / <input type="checkbox"/> w	
3			<input type="checkbox"/> m / <input type="checkbox"/> w	
4			<input type="checkbox"/> m / <input type="checkbox"/> w	

Kontaktdaten

Straße und Hausnummer		Telefonnummer
PLZ	Wohnort	Handynummer
E-Mail-Adresse		

Einverständniserklärungen

<input type="checkbox"/>	Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass Fotos von Aktionen und Veranstaltungen von mir / uns, für die Öffentlichkeitsarbeit des CVJM Gevelsberg e.V. genutzt werden dürfen.
<input type="checkbox"/>	Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass die angegebenen Daten beim CVJM Gevelsberg e.V. gespeichert und nur für vereinsinterne Zwecke verwendet werden dürfen.

Datum, Ort

Unterschrift (bei Minderjährigen eines Erziehungsberechtigten)

Bitte Folgeseite beachten!



Die aktuellen Sätze der Mitgliedsbeiträge sind auf unserer Homepage veröffentlicht.

SEPA Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers(Gläubiger)

CVJM Gevelsberg e.V.
Südstr. 8
58285 Gevelsberg

Gläubiger – Identifikationsnummer:
DE18ZZZ00000173954

Mandatsreferenz (durch CVJM):

(Mitgliedsnummer+ Nachname)

Ich / Wir ermächtige(n) den **CVJM Gevelsberg e.V.** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich / wir das angegebene Kreditinstitut an, die von dem CVJM Gevelsberg e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

– BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN! –

Kontoinhaber (Name, Vorname) _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Kreditinstitut: _____

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

BIC (Buchstaben u. Zahlen): _____

IBAN (22 Zeichen): DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

(Datum, Unterschrift des Kontoinhabers)

Dieses Lastschriftenmandat gilt für alle Folgeinzüge des jährlichen Mitgliederbeitrages.