

Mitgliedschaft CVJM Plochingen



Vor- und Zuname: _____ geb. am: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

E-Mail (optional): _____ Mobil (optional): _____

Ehepartner/Familienmitglieder:

Vorname: 1. _____ geb. am: _____

2. _____ geb. am: _____

3. _____ geb. am: _____

4. _____ geb. am: _____

Mitgliedschaft als:

Jahresbeitrag

- | | |
|--|--------------|
| <input type="radio"/> Einzelmitglied (über 16 Jahre) | EUR 30,00 |
| <input type="radio"/> Ehepaar (Ehepartner eintragen) | EUR 40,00 |
| <input type="radio"/> Familie (Familienmitglieder eintragen) | EUR 50,00 |
| <input type="radio"/> Schüler/in, Student/in etc. (über 16 Jahre) | EUR 20,00 |
| <input type="radio"/> Jugendmitglied (13 – 16 Jahre) | EUR 20,00 |
| <input type="radio"/> Jugendmitglied unter 13 J. im Sportbereich mit Spielerpass | EUR 15,00 |
| <input type="radio"/> Jugendmitglied (unter 13 Jahre) | beitragsfrei |

Bei Eintritt nach dem 30.09. wird der erste Mitgliedsbeitrag im folgenden Jahr fällig.

Beitragszahlung per Bankeinzug/Einzugsermächtigung (umseitiges Formular ausfüllen)

Hiermit stimme ich den Datenschutzrechtlichen Richtlinien des Vereins zu
(siehe „Datenschutzrechtliche Informationen_DSGVO“)

Die „Einwilligungserklärung Fotos CVJM Plochingen“ liegt dem Antrag bei.

Datum

Unterschrift (bei Jugendmitgliedern des/der Sorgeberechtigten)

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

Kontoinhaber: _____
Straße: _____
PLZ/Ort _____

Zahlungsempfänger: CVJM Plochingen e.V. Hermannstraße 30 73207 Plochingen

SEPA-Lastschriftsmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE20ZZZ00000056160

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer (wird automatisch vergeben)

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den CVJM Plochingen, die von mir/uns, zu entrichtenden Zahlungen für den CVJM-Jahresbeitrag bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom CVJM Plochingen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut: _____ BIC: _____
IBAN: _____

Ort, Datum

Unterschrift