

Aufnahmeantrag



Hiermit bitte ich um Aufnahme in die Internationale Gemeinschaft Barben Salmler Schmerlen Welse (IG BSSW) e.V. zum 01.01.

- des laufenden Jahres (rückwirkend) des kommenden Jahres

Mein Hauptinteresse gilt:

- Barben Salmlern Schmerlen Welsen

Bitte ausfüllen und unterschrieben dem Geschäftsführer (siehe Fußzeile) oder Leiter der IG BSSW zukommen lassen. - Die mit * markierten Felder, stellen Pflichtangaben dar.

Anrede*		Titel	
Vorname*		Firma	
Name*			
Anschrift*			
PLZ*		Ort	
Land*			
Email*		Telefon	
Geb.-Datum*			

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und meine Anschrift in der internen Mitgliederliste des IG BSSW e.V. veröffentlicht werden.

- Ja Nein

Zur Zeit gültiger Beitrag:	Regulärer Jahresbeitrag	30,00 €	<input type="checkbox"/>
<i>(betreffendes bitte ankreuzen)</i>	Schüler und Studenten bis 21 (*)	15,00 €	<input type="checkbox"/>
<i>((*) ein Beleg ist einzureichen)</i>	Menschen mit Behinderung (*)	15,00 €	<input type="checkbox"/>
	Einmalige Aufnahmegebühr	5,00 €	

Fälligkeit des Jahresbeitrages: Jan./Feb. des laufenden Jahres; bei Aufnahme einmalig sofort

Ich bin auf die IG BSSW aufmerksam geworden durch...

<input type="checkbox"/> ... einen Freund.	<input type="checkbox"/> ... die Homepage.
<input type="checkbox"/> ... den BSSW Report.	<input type="checkbox"/> ... soziale Netzwerke.
<input type="checkbox"/> ... eine Veranstaltung der IG BSSW.	<input type="checkbox"/> ... etwas Anderes.

Mir ist bewusst, dass eine sichere Speicherung meiner Angaben zur Vereinsarbeit in der IG BSSW e.V. unumgänglich ist.

(Ort, Datum und Unterschrift des Antragstellers bzw. eines Erziehungsberechtigten)



Erteilung eines SEPA Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers (Gläubiger):

IG BSSW e.V. (Internationale Gemeinschaft Barben-Salmler-Schmerlen-Welse)

Anschrift des Zahlungsempfängers

Spichernstraße 12

24116, Kiel

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE33001 00001713074

Mandatsreferenz:

IG_BSSW_ _____ _Beitrag

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen):

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

**Wichtig: Bei „Mandatsreferenz“ bitte die eigene Mitgliedsnummer eintragen.
Zu erfragen unter: leiter@ig-bssw.org**