

Aufnahmeantrag



Hiermit bitte ich um Aufnahme in die Internationale Gemeinschaft Barben Salmier 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)



<h2 style="text-align: center;">Erteilung eines SEPA Lastschriftmandats</h2>	
Name des Zahlungsempfängers (Gläubiger): IG BSSW e.V. (Internationale Gemeinschaft Barben-Salmier-Schmerlen-Welse)	
Anschrift des Zahlungsempfängers: Gutenbergstraße 12 24118, Kiel Deutschland	
Gläubigeridentifikationsnummer: 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: <input type="radio"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="radio"/> 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):	
Datum, Ort:	
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	

**Wichtig: Bei Mandatsreferenz bitte die eigene Mitgliedsnummer eintragen.
 Im Zweifelsfall wird die Mitgliedsnummer vom Vorstand eingetragen.**