



Aufnahmeantrag Chiemgau-Welle e. V.

Hiermit beantrage ich ab Kalenderjahr _____ die Mitgliedschaft im Chiemgau-Welle e.V.,
Maximilianstrasse 31, 83278 Traunstein.

(Antrag bitte an diese Adresse schicken
oder an info@chiemgauwelle.de senden)

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Email: _____

Ich beantrage die Mitgliedschaft als:

Aktives Mitglied:

Passives Mitglied:

Außerordentliches Mitglied:

Den Jahresbeitrag entnehmen Sie bitte der aktuellen Beitragsordnung. Er beträgt derzeit für:

| | |
|--|----------------|
| Aktives Mitglied | 72,00 € |
| Passives und außerordentliches Mitglied | 60,00 € |
| Minderjährige bis zum vollendeten 11. Lebensjahr | 0,00 € |
| Minderjährige ab Beginn des 12. Lebensjahr | 32,00 € |
| 2. minderjähriges Kind einer Familie ab Beginn des 12. Lebensjahr | 16,00 € |
| 3. minderjähriges Kind einer Familie ab Beginn des 12. Lebensjahr | 0,00 € |

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung und die Ordnungen des Vereins an.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten durch den Chiemgau-Welle e. V. zur Mitgliederverwaltung einverstanden. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Unterschriften der/des gesetzl. Vertreter/s
(bei Minderjährigen)



Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: DE48ZZZ00002111668

Mandatsreferenz:

Die Mandatsreferenznummer wird dem Kontoinhaber mit einer Rechnung spätestens 7 Tage vor dem erstmaligen Einzug des Lastschriftbetrages mitgeteilt.

Ich ermächtige den Verein Chiemgau-Welle e.V., Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag am (15.01.) jeden Jahres fällig.

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

Kreditinstitut

IBAN:

BIC:

Kontoinhaber:

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Unterschriften der/des gesetzl. Vertreter/s
(bei Minderjährigen)