

Aufnahmeantrag

für Ehepaare und Mitglieder in häuslicher Gemeinschaft
der Freunde der Kolpingsfamilie Garitz e.V.



Name		Name	
Vorname		Vorname	
Straße, Nr.		Straße, Nr.	
PLZ, Ort		PLZ, Ort	
Telefon		Telefon	
E-Mail		E-Mail	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Konfession	☐ römisch-katholisch ☐ evangelisch ☐ keine Angabe	Konfession	☐ römisch-katholisch ☐ evangelisch ☐ keine Angabe
Tätigkeitsverhältnis	☐ Arbeitnehmer/in ☐ selbstständig	Tätigkeitsverhältnis	☐ Arbeitnehmer/in ☐ selbstständig
Ich war bisher/früher Mitglied der Kolpingsfamilie		Ich war bisher/früher Mitglied der Kolpingsfamilie	
von - bis		von - bis	

Die im Aufnahmeantrag abgefragten Daten werden gespeichert. Die Kolpingsfamilie Garitz speichert die Daten in einem vereinsinternen EDV-System unter Zuordnung einer Mitgliedsnummer. Die vorstehenden Bestimmungen habe ich gelesen und willige mit dem Aufnahmeantrag in die dort vorgesehenen Datenverarbeitungsvorgänge ein.

Es wird ein jährlicher Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ Euro festgesetzt. (mindestens 6,50 Euro)

Ort, Datum

Unterschriften (bei Minderjährigen die Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)

Von der Kolpingsfamilie auszufüllen

Der Vorstand der Kolpingsfamilie hat der Aufnahme zugestimmt.

Datum

Name

Vorname

Unterschrift

Kolpingsfamilie Garitz e.V. Kirchbergstraße 2, 97688 Bad Kissingen

1.Vorsitzende: Kathrin Schlei, Seehofstraße 16, 97688 Bad Kissingen

Vorstandschaft@KolpingGaritz.de

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften zugunsten der

Name und Anschrift der Kolpingsfamilie

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE_____

Mandatsreferenz (von Kolpingsfamilie auszufüllen): _____

Ich ermächtige die o.g. Kolpingsfamilie, die Beitragszahlungen an die Kolpingsfamilie (für Verbandsbeitrag, Zustiftungsbetrag und Ortsbeitrag) von dem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von den o.g. Empfängern auf das Konto der Kolpingsfamilie gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Zahlungen sind wiederkehrend und erfolgen erstmalig zum _____.

Name des Mitglieds / der Mitglieder:

Adresse:

Konto-Nr.:

BLZ:

Name des Geldinstituts:

IBAN-Nummer:

DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

BIC-Nummer:

Hinweis: Wenn das Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Bei Nichteinlösung gehen die entstehenden Gebühren zu meinen Lasten.

Vorname und Name des Kontobevollmächtigten:

Ort, Datum:

Unterschrift: