

## Beitrittserklärung

(Alle personenbezogenen Daten werden ausschließlich zu statistischen oder vereinsinternen Zwecken benutzt.)

Name/n, Vorname/n		Geburtsdaten	
Straße, Hausnummer		Telefon-Nr.	
E-Mail		Postleitzahl, Ort	

### Jahresbeiträge (Stand: 21.11.2016)

<input type="checkbox"/> Schüler bis 18 Jahre	_____ €	<input type="checkbox"/> Kinder bis 6 Jahre (wenn einer der Eltern Mitglied ist)	_____ €
<input type="checkbox"/> Erwachsene	<b>50,00 €</b>	<input type="checkbox"/> Familien / Ehepartner / Lebensgemeinschaften	<b>75,00 €</b>
<input type="checkbox"/> freiwilliger Beitrag	_____ €	<input type="checkbox"/> Passives Mitglied	_____ €

Änderungen der Beitragshöhe werden auf einer Mitgliederversammlung beschlossen und sind in unseren Räumlichkeiten ausgehängt. Beim Eintritt bis zum 30.06. des Jahres wird der volle Jahresbeitrag eingezogen. Beim Eintritt ab dem 30.06. der halbe Jahresbeitrag. Im Rahmen der Sozialklausel können an den Vorstand Ausnahmen beantragt werden. § Verschwiegenheitsklausel: Der Vorstand hat sich durch Gegenzeichnung verpflichtet mitgliedsbezogene Daten nur Vorstandsintern zu verwalten.

**Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Küchengarten Jaspershof e.V. und erkenne die im Küchengarten ausgehängte Satzung an.**

Westerstede, den ____ . ____ .20____ _____ (Unterschrift // bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)
---

### SEPA-Lastschriftmandat für das SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Zahlungsempfänger : Küchengarten Jaspershof e.V.  
 Gläubiger-ID : DE44 2806 3253 0048 1866 00 BIC: GENODEF1WRE

**Hinweis:** Die jährlichen Mitgliedsbeiträge werden jeweils Anfang Februar eingezogen oder in dem Monat des Eintrittsdatums. Ich/Wir ermächtige(n) den Küchengarten Jaspershof e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich / wir mein / unser Kreditinstitut an, die vom Küchengarten Jaspershof e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Kontoinhaber	Kreditinstitut
IBAN: DE____ _ (steht auf dem Kontoauszug)	
BIC ( 8 oder 11 Stellen):	
Westerstede, den ____ . ____ .20____ _____ (Unterschrift // bei abweichendem Kontoinhaber dessen Unterschrift)	