

BEITRITTSERKLÄRUNG

Name/n, Vorname/n:	Geburtsdatum/-daten:
Straße, Hausnummer:	Telefon:
PLZ Ort:	E-Mail:

Mitgliedsbeitrag

<input type="radio"/> Schüler bis 18 Jahre	_____ €	<input type="radio"/> Kinder bis 6 Jahre (wenn ein Elternteil Mitglied ist)	_____ €
<input type="radio"/> Erwachsene	50,00 €	<input type="radio"/> Familien / Ehepartner / Lebensgemeinschaften	75,00 €
<input type="radio"/> Freiwilliger Beitrag	_____ €	<input type="radio"/> 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. Jahresbeiträge (Stand: 21.11.2016). Eine Kinder-Mitgliedschaft (kostenlos) endet automatisch mit dem 18. Geburtstag.

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

Die Vorschriften der aktuellen DSGVO werden eingehalten.

Ich möchte per E-Mail über die Vereinsaktivitäten informiert werden

Westerstede, ____ . ____ . ____

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 ____	BIC:
Westerstede, ____ . ____ . ____	_____ Unterschrift (bei abweichendem Kontoinhaber dessen Unterschrift)