



DJK-Sportgemeinschaft
Windischeschenbach

Forellenstr. 2
92670 Windischeschenbach

Telefon 09681/91129
Telefax 09681/526591

E-Mail: ingelebegern@freenet.de
Internet: www.djk-we.de

Beitrittserklärung

Ich / Wir werde(n) Mitglied bei der DJK Windischeschenbach

(Abteilung _____)

1.

Name, Vorname

Geb.Datum

Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort

Telefon

e-Mail

2.

Name, Vorname

Geb.Datum

Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort

Der aktuelle monatliche Mitgliedsbeitrag beträgt ab 01.01.2014:

Erwachsene: 3,75 Euro (45 Euro jährl.) Senioren ab 65 Jahre: 2 Euro (24 Euro jährl.)
Kinder und Jugendliche (bis 17 J.) sowie Schüler, Auszubildende und Studenten (Vorlage eines Nachweises!) über 18 J: 1,66 Euro (20 Euro jährl.)
Paarbeitrag 7,08 Euro (85 Euro jährl.) Familienbeitrag 6,66 Euro (80 Euro jährl.)

Der Paarbeitrag kann Ehepaaren oder Paaren in eheähnlicher Gemeinschaft gewährt werden. Eine Familie besteht aus mind. 3 Personen, z.B. Ehepaar/eheähnliche Gemeinschaft mit mind. einem Kind unter 18 Jahre bzw. Schüler/Azubi/Student oder ein Erwachsener mit mind. zwei Kindern unter 18 Jahre bzw. Schüler/Azubi/Student. Für Schüler, Auszubildende und Studenten ist dem Verein ein entsprechender Nachweis vorzulegen, der den geringeren Beitrag rechtfertigt.

Die Mitgliedsbeiträge werden jährlich zum 15.04. des Jahres per SEPA-Lastschriftmandat eingezogen. Fällt dieser Tag auf ein Wochenende wird am darauffolgenden Bankarbeitstag eingezogen. Unterjährig fällige Beiträge (Eintritt während des Jahres) werden am 15.12. des Jahres eingezogen.

Die Beitragshöhe ergibt sich aus der jeweils gültigen Finanzordnung. Bei generellen Änderungen werden die Mitglieder durch Veröffentlichung auf der Homepage www.djk-we.de informiert.

Ort, Datum

Unterschrift
(ggf. gesetzl. Vertreter)



DJK-Sportgemeinschaft
Windischeschenbach

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID: DE65ZZZ00000062043

Mandatsreferenz: _____

Hiermit ermächtige ich die DJK Windischeschenbach bis zum Widerruf, die Mitgliedsbeiträge von meinem Konto einzuziehen.

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

IBAN / Kontonummer: _____

BIC / Bankleitzahl: _____

Bankname: _____

Kontoinhaber: _____

Ort, Datum

Unterschrift (Kontoinhaber)