

Beitrittserklärung

Verbindliche Anmeldung für die DJK

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon u. o. Mobil-Nr.: _____

E-Mail: _____

Familienmitgliedschaft: _____

Abteilung: _____

Kommentar: _____

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt:

- Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre 48,- €
- Schüler und Studenten über 18 Jahre, mit Nachweis 48,- €
- Erwachsene 72,- €
- Familienbeitrag, 2 Erwachsene und alle Kinder bis 18 Jahre 96,- €

Kündigung der Mitgliedschaft ist 6 Wochen vor Ende eines Halbjahres möglich.

- Der Jahresbeitrag wird überwiesen auf das Konto der DJK Königsfeld e.V.
KSK Ahrweiler, IBAN **DE09 5775 1310 0000 8682 32**
- Ich erteile dem DJK ein SEPA-Lastschriftmandat (als Anlage beigefügt)

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

Ansprechpartner DJK: Albert Broda, 02646/9156743, post@djk-koenigsfeld.de

Anmerkungen:

- Bitte für jede Person ein Anmeldebogen ausfüllen
- Bitte melden Sie uns Ihre neuen Daten nach Umzug, damit Sie erreichbar bleiben
- Alle Daten werden, gemäß Datenschutzrichtlinien, vertraulich behandelt

Anlagen:

(A) ein entsprechend ausgefülltes, unterschriebenes SEPA-Lastschriftmandat

DJK Königsfeld e.V.- Registergericht Koblenz VR 10416

Postanschrift: DJK Königsfeld, Peter-Hartung-Str. 3 - 53426 Schalkenbach (kommissarisch)

Kontakt (kommissarisch): www.djkkoenigsfeld.de, post@djkkoenigsfeld.de, Telefon 02646/9156743

Vorstand: Albert Broda, Arthur Geld, Vanessa Haydaroglu, Jörg Müller

Konto: KSK Ahrweiler, IBAN: DE02 5775 1310 0000 8680 67,

VB RheinAhrEifel IBAN: DE48 5776 1591 0351 2600 00

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers: **DjK Königsfeld e.V.**
Anschrift des Zahlungsempfängers: Peter-Hartung-Strasse 3, 53426 Schalkenbach
Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE97ZZZ00001307432**

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): _____

Ich ermächtige / Wir ermächtigen
(A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben),
Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom
Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): _____

Anschrift des Zahlungspflichtigen: _____

IBAN des Zahlungspflichtigen: _____

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)