

**AUFNAHMEANTRAG**

hiermit beantrage/n ich/wir

Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Straße		
PLZ / Wohnort		
Telefon		
E-Mail		

die Aufnahme in den Verein „Sorgende Gemeinde e.V. Graben-Neudorf“

ab dem: .....

Jahresbeitrag (zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Erwachsene	40 Euro
<input type="checkbox"/>	Ehepaare	60 Euro
<input type="checkbox"/>	Schüler, Studenten, Auszubildende und Arbeitslose	20 Euro

Mit meiner Unterschrift willige ich der Beitragsordnung, sowie der Datenschutzordnung des Vereins Sorgende Gemeinde e.V. Graben-Neudorf ein, die auf der Website des Vereins einzusehen sind.

.....  
**Ort, Datum, Unterschrift**  
(bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters)

---

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige die „Sorgende Gemeinde e.V. Graben-Neudorf“ Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der „Sorgende Gemeinde e.V. Graben-Neudorf“ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kreditinstitut:..... BLZ:..... BIC:.....

Kontoinhaber:..... Kontonummer:.....

IBAN: DE.....

Die Daten werden zur Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert.

.....  
Ort Datum Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)