



KV "Aezebaer" Hoven 1993

e.V. Beitrittserklärung

Hiermit bitte ich um Aufnahme als Mitglied in den Karnevalsverein
„Aezebaer“ Hoven 1993 e.V.

Vor- und Zuname: _____

Straße: _____ Wohnort: _____ Tel.: _____

_____ geb.am _____ E-Mail: _____

Unterschrift: _____

Bei Minderjährigen:

Vor- und Zuname der (s) Erziehungsberechtigten:

Straße: _____ Wohnort: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- ☐ 15 € Kind(er) unter 18 Jahre
- ☐ 25 € Einzelbeitrag ab 18 Jahre
- ☐ 36 € Alleinerziehend oder ein Erwachsener mit Kind
(wenn Kind(er) im selben Haushalt leben)
2 Kinder unter 18 Jahren sind im Beitrag
enthalten. Für jedes weitere Kind unter 18 Jahren,
wird ein Beitrag von 12€/Kind erhoben.
- ☐ 45 € Ehepaarbeitrag
(auch Lebenspartner mit selber Wohnanschrift)
- ☐ 60 € Familienbeitrag
(2 Kinder unter 18 Jahren sind im Beitrag
enthalten. Für jedes weitere Kind unter 18 Jahren,
wird ein Beitrag von 12€/Kind erhoben)

Ergänzung zur Beitrittserklärung:

Alleinerziehend:

Name und alter Kind1: _____

Name und alter Kind2: _____

Name und alter Kind3: _____

Name und alter Kind4: _____

Ehe oder Lebenspartner Beitrag:

Name des Partners: _____

Familienbeitrag:

Name des Partners: _____

Name und alter Kind 1: _____

Name und alter Kind 2: _____

Name und alter Kind 3: _____

Name und alter Kind 4: _____

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, das von mir/ von meinem (n) Kind(er) gefertigte Licht- und/ oder Tonaufnahmen in den Medien, gleich welcher Art, veröffentlicht werden können. Darüber hinaus stimme ich auch der Verwendung meiner Daten zu vereinsinternen Zwecken zu. Ich verpflichte mich, Adressänderungen, auch E-Mail Adresse, unverzüglich der Geschäftsstelle mitzuteilen. Eine von uns unterhaltene E-Mail-Adresse gilt als Zustellort. Die Erziehungsberechtigten verpflichten sich außerdem, für die Beitragsverpflichtungen des o.g. Mitglieds selbständig einzustehen.

Datum: _____ Name: _____

Unterschrift: _____

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige (n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/ uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/ unseres Girokontos

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Kontakt:

Geschäftsstelle Merzenicherstr. 31

52351 Düren

aezebaer.hoven@gmail.com

Bankverbindungen:

Sparkasse Düren: DE30 3955 0110 0049 3063 19

Steuernummer: 207/5755/0794