

Carneval Club Freunde für's Leben e.V.

Geschäftsstelle – Konradstraße 12 – 48268 Greven

☎ info@ccffl.de - 🌐 www.ccffl.de



Beitrittserklärung

(nur in Druckbuchstaben ausfüllen)

Vorname		Name		Geschlecht			Geburtsdatum	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				m	w	d		
Straße, Hausnummer			PLZ	Wohnort				
Telefon (mobil)			Email				Eintrittsdatum	
Jahresbeitrag		Zusatzbeiträge		*Familienmitglieder				
				Vorname		Geschlecht	Geburtsdatum	
<input type="checkbox"/> Erwachsene*r € 25,00		<input type="checkbox"/> „+Mitgliedschaft“ € 11,00						
<input type="checkbox"/> Kind € 10,00		Die Zusatzmitgliedschaft verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, sofern sie nicht zum 31.12. widerrufen wird. Bei Teilnahme am Karnevalsanzug ist ein von der oMV festgelegter Zusatzbeitrag fällig.						
<input type="checkbox"/> Familien* € 60,00								
*Bitte die Daten weiterer Familienmitglieder rechts eintragen								

Mir ist bekannt, dass die Mitgliedschaft mindestens ein Jahr beträgt und Kündigungen in schriftlicher Form an den Vorstand mit einer Frist von ein Monat zum jeweiligen Geschäftsjahresende (31. Dezember) möglich sind. Die Satzung und Beitragsordnung des Carneval Club Freunde für's Leben e.V. habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie hiermit an. Ich erkläre mich gleichzeitig damit einverstanden, dass die erhobenen Daten ausschließlich für vereinsinterne Zwecke gespeichert werden. Ich bin damit einverstanden, dass der Verein bei eigenen Veranstaltungen Foto- und Filmaufnahmen von mir machen darf und diese für Vereinszwecke auch in der örtlichen Presse und auf Vereinsseiten im Internet und bei sozialen Medien veröffentlichen darf.

Ort, Datum	Unterschrift d. Antragsstellers (bzw. gesetzl. Vertreters)

Erteilung eines Mandats zum Einzug von SEPA-Basis-Lastschriften

Carneval Club Freunde für's Leben e.V. – Konradstr. 12 – 48268 Greven

Die Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins lautet: DE60ZZZ00000310647

Die Mandatsreferenz-Nummer entspricht der Mitgliedsnummer und wird separat mitgeteilt.

Vorname u. Name des Kontoinhabers		
<input type="checkbox"/> wie oben		
Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort
IBAN		BIC
DE		
Kreditinstitut (Name)		

Ich ermächtige den Carneval Club Freunde für's Leben e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Carneval Club Freunde für's Leben e.V. auf meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die in meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum	Unterschrift