



| <u>Stand 01.01.2025</u> | <u>Euro/monatl.</u> |
|-----------------------------------|---------------------|
| Erwachsene aktiv | 9,00 |
| Erwachsene inaktiv | 5,50 |
| Jugendliche von 12 -18 Jahre | 7,00 |
| Kinder bis 12 Jahre | 6,00 |
| Familienbeitrag 1 Kind | 13,00 |
| Familienbeitrag 2 und mehr Kinder | 15,00 |
| Ehepaar/Lebenspartnerschaft | 12,50 |

BEITRITTSERKLÄRUNG

| | |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Nachname: | Vorname: |
| Straße/Hausnr.: | PLZ/Ort: |
| Geburtsdatum: | Geburtsort: |
| Telefonnummer: | Handynummer: |
| eMail-Adresse: | Eintrittsdatum: |
| Sportart: <input type="checkbox"/> | aktiv: <input type="checkbox"/> inaktiv: <input type="checkbox"/> |
| Mitgliedsart gemäß Preisübersicht: | |

Sind schon weitere Familienangehörige Mitglied in der DJK Marpingen? Ja Nein
Wenn ja, bitte folgende Zeilen ausfüllen:

| Nachname | Vorname | Geburtsort | Geburtsdatum |
|----------|---------|------------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Bei Familienmitgliedschaft bitte eintragen, für wen die Mitgliedschaft gelten soll:

| Nachname | Vorname | Geburtsort | Geburtsdatum |
|----------|---------|------------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Die Satzung der DJK St. Michael Marpingen erkenne ich an.
(bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Ort: Datum:

Unterschrift

Bitte SEPA-Lastschriftmandat auf der Rückseite ausfüllen.



DJK St. Michael Marpingen e.V.

Zur Gassenheck 14, 66646 Marpingen

Gläubiger-ID: DE31ZZZ00000404580

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Mandatsreferenz:

Wird beim ersten Einzug auf dem Kontoauszug mitgeteilt.

Ich ermächtige die DJK St. Michael Marpingen e.V., fällige Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DJK St. Michael Marpingen e.V. auf meinem 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.

Die fälligen Mitgliedsbeiträge werden wie folgt abgebucht:

Bei halbjährlicher Zahlungsweise am letzten Bankarbeitstag vor dem 01.07. und vor dem 01.01. eines jeden Jahres,

bei jährlicher Zahlungsweise am letzten Bankarbeitstag vor dem 01.07. eines jeden Jahres.

Bitte unbedingt Ort und Datum ausfüllen und unterschreiben. Ansonsten ist das Mandat ungültig.

| | |
|--------------------------------------|--|
| Vorname, Nachname (Kontoinhaber): | |
| Straße und Hausnummer: | |
| Postleitzahl und Ort | |
| IBAN: | |
| BIC: | |

Zahlungsart: halbjährlich / jährlich

Ort:

Datum: