

Aufnahmeantrag und Beitrittserklärung:

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Heimatverein Kösing e.V.:

| | | | | | | | | |
|---------|--|--|----------|--|--|---------------|--|--|
| Name: | | | Vorname: | | | Geburtsdatum: | | |
| Straße: | | | PLZ: | | | Ort: | | |

Mit meiner Beitrittserklärung erkenne ich die Satzung des Heimatverein Kösing e. V. in ihrer gültigen Form an.

Ich unterstütze den Heimatverein Kösing e. V. als

- Förderndes Mitglied
- Aktives Mitglied bei den Kösinger Musikanten
- Aktives Mitglied bei den Krieger- und Reservisten
- Aktives Mitglied bei den Härtsfeld-Gugga

Der Mitgliedsbeitrag ist ein Jahresbeitrag und beträgt aktuell: Erwachsene: 15,00 €
Kinder und Jugendliche sind bis zu Ihrem 18. Lebensjahr (Volljährigkeit) beitragsfrei.

Mir ist bekannt, dass meine/unsere Daten zur Mitgliederverwaltung elektronisch gespeichert werden:

| | | | | | | | | |
|------------|--|--|---------------|--|--|------------------------------|--|--|
| Ort, Datum | | | Unterschrift: | | | gesetzl. Vertr. bei Minderj. | | |
|------------|--|--|---------------|--|--|------------------------------|--|--|

Erteilung eines SEPA-Lastschriftsmandats auf der Rückseite!!

Erteilung eines SEPA-Lastschriftsmandats:

| | |
|---|--|
| Zahlungsempfänger: Heimatverein Köisingen e. V. Geschäftsstelle Kreuzstraße 5 73450 Neresheim-Köisingen Gläubiger-Identifikationsnummer DE60ZZZ00001365910 | Name und Anschrift des Kontoinhabers: Name: _____ Straße: _____ PLZ / Ort: _____ |
|---|--|

| | |
|--|---|
| Das SEPA-Lastschriftmandat bezieht sich auf: | <input type="checkbox"/> nur den Kontoinhaber (Vereinsmitglied) |
| (zutreffendes bitte ankreuzen) | <input type="checkbox"/> auf das Vereinsmitglied: |

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Heimatverein Köisingen e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an die vom Heimatverein Köisingen e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzuziehen.

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 (Bank): | |
| BIC: | IBAN: |

| | |
|-------------|---------------|
| Ort, Datum: | Unterschrift: |
|-------------|---------------|