

Aufnahmeantrag

Mitgliedsnr.:.....

(wird vom Verein vergeben)

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

PLZ/Wohnort

Straße/Hausnummer

Telefon

Email

die Aufnahme in den "Jetzt entscheide ich e.V." ab dem _____

Aufnahmegebühr einmalig 5,00 €

Beitragsklasse (zutreffendes bitte ankreuzen)

Jahresbeitrag¹

<input type="checkbox"/>	01 Erwachsene über 18 Jahre	60,00 €
<input type="checkbox"/>	02 Familienbeitrag ²	96,00 €
<input type="checkbox"/>	03 Schüler_innen, Azubis, Student_innen, Freiwilligendienstleistende, Arbeitssuchende, Empfänger_innen von ALG II oder Sozialhilfe, Rentner_innen, schwerbehinderte Menschen	24,00 €
<input type="checkbox"/>	04 Fördernde Mitglieder	24,00 €
<input type="checkbox"/>	05 Juristische Personen	1.200,00 €

Einzug des Beitrages:

<input type="checkbox"/>	monatlich	(zum 1. des Monats)
<input type="checkbox"/>	halbjährlich	(zum 1. Januar und zum 1. Juli)
<input type="checkbox"/>	jährlich	(zum 1. Januar)

Ort, Datum, Unterschrift³

¹ Der Beitrag kann in beliebiger Höhe gezahlt werden, es ist jedoch ein Mindestbeitrag in Höhe der jeweiligen Beitragsklasse zu entrichten. In diesem Falle bitte den gewünschten Beitrag handschriftlich vermerken und den im Vordruck vermerkten Betrag durchstreichen.

² Als Familie gelten 2 Erwachsene und alle sich in ihrem Haushalt befindenden Kinder.

³ Die Aufnahme von Kindern und Jugendlichen (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) bedarf der schriftlichen Genehmigung der/des gesetzlichen Vertreter_innen, die/der damit auch die Zustimmung zur Wahrnehmung der Mitgliederrechte und -pflichten durch den/die Minderjährige_n erteilen bzw. erteilt.

Jetzt entscheide ich e.V.
Hilfe für Menschen mit Unterstützungsbedarf
SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE02ZZZ000016133625
Mandatsreferenz: *(wird separat mitgeteilt)*

Ich ermächtige den Jetzt entscheide ich e.V. , Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name, Vorname (Kontoinhaber_in) _____

PLZ/Wohnort _____

Straße/Hausnummer _____

Name des Kreditinstituts _____

BIC _ _ _ _ _

IBAN _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Ort, Datum, Unterschrift