



Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Deutsche Killifisch Gemeinschaft e.V. als zahlendes

- ☐ Voll-Mitglied 40,00 Euro p.a.
☐ Familien-Mitglied 10,00 Euro p.a. (Hauptmitglied mit angeben)
☐ Schüler / Student 20,00 Euro p.a. (Immatrikulationsbescheinigung beifügen)

zuzüglich einer Aufnahmegebühr von einmalig 5,00 Euro zum

☐ 01. Januar 20____ oder ☐ 01. Juli 20____

Meine Personalien (* = Pflichtfeld):

Name*: _____ Geburtsdatum*: _____

Vorname*: _____ Beruf: _____

Straße, Nr.*: _____ Telefon: _____

PLZ, Ort*: _____ Land*: _____

E-Mail*: _____

Mit meiner Unterschrift **) nehme ich zur Kenntnis, dass ich mit meinem Beitritt zur DKG Anrecht habe auf das DKG-Journal, DKG-Aktuell, Mitgliederliste und Satzung. Ferner verpflichte ich mich, Adressenänderung, Änderung der Bankverbindung, Kündigung der Mitgliedschaft, etc. schriftlich beim 1. Geschäftsführer einzureichen. Mir ist bekannt, dass Beitragsrückstände zu meinen Kosten eingezogen werden können sowie Mahn- und Bankgebühren (bei nicht erledigtem Bankeinzug) von mir zu erstatten sind.

☐ Ich bestätige die Kenntnisnahme, dass meine persönlichen Daten und die meiner Bankverbindung auf Datenträgern gespeichert werden und die DKG die Daten gemäß der gültigen Satzung verwaltet. Ich bin mit der satzungsgemäßen Speicherung meiner Angaben zur Vereinsarbeit der DKG einverstanden.

Datum, Ort, Unterschrift: _____

**) Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden ? :



SEPA Basis-Lastschriftmandat

Deutsche Killifisch Gemeinschaft

Geschäftsstelle – Friedhofstr. 8 – 88448 Attenweiler - geschaeftsfuehrer1@killi.org
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE45ZZZ00000149024

Mandatsreferenz (= Mitgliedsnummer) _____

☐ Wiederkehrende Zahlung

☐ Einmalzahlung

Ich ermächtige die Deutsche Killifisch Gemeinschaft e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Killifisch Gemeinschaft e.V. 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.

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

IBAN: _____

BIC: _____

(9 oder 11 Stellen)

Kreditinstitut: _____

Datum, Ort, Unterschrift: _____

**) Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Die Zahlung des Mitgliedsbeitrages ist nur durch Bankeinzug möglich. Der Lastschrifteinzug erfolgt Anfang Januar des jeweiligen Jahres.

Bitte senden Sie diesen Antrag zusammen mit der Bankeinzugsermächtigung per Post im Original an die Geschäftsstelle der DKG, Friedhofstr. 8, 88448 Attenweiler