



Stand: November 2019

## Beitrittserklärung

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

Hiermit beantrage ich die **Einzelmitglied.- / Familienmitgliedschaft** in dem eingetragenen Verein  
**„Gemeinnützige Hallenbad-Initiative-Kemnat“**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_

### Familienmitgliedschaft

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_

Kind 1: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_

Kind 2: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_

Kind 3: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_

**Beitrittsdatum:** \_\_\_\_\_

(falls späterer Zeitpunkt)

### Mitgliedsbeiträge (bitte ankreuzen):

**48 EUR Einzelmitgliedschaft**

**36 EUR Einzelmitgliedschaft ermäßigt**

(Kinder und jugendliche Mitglieder unter 18 Jahren, Studenten, Schüler, Azubis, Zivil- und Wehrdienstleistenden sowie FÖJ/FSJ bis 27 Jahre (jährlicher Nachweis), Behinderte (ab 50 %, Nachweis))

**96 EUR Familienmitgliedschaft (Antrag siehe Rückseite)**

Familienbeitrag (einschließlich aller Kinder bis 18 Jahre) gleichgestellt sind Lebenspartnerschaften und eheähnliche Gemeinschaften.

**Bei Rechnungsstellung wird eine Bearbeitungsgebühr von 5,00 EUR erhoben !**

Der Eintritt kann nur quartalsweise, jeweils zum 01.01., 01.04., 01.07., 01.10., des Jahres erfolgen.

Der **Austritt** kann **nur zum Ende des Kalenderjahres** erfolgen. Er muss **schriftlich mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten (spätestens zum 30.09.)** eingereicht werden. Es gilt das Datum des Poststempels.

Mit Ihrer Unterschrift erkennen Sie die Satzung und Ordnungen der Gemeinnützigen Hallenbad-Initiative-Kemnat e.V. an. Diese werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt.

Die persönlichen Daten werden zu Versicherungszwecken in der EDV gespeichert. Der Datenschutz wird beachtet.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Lastschriftmandat auf der Rückseite bitte ausfüllen**

Weitere Informationen unter [www.hik-ev.de](http://www.hik-ev.de)!



## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Gemeinnützige-Hallenbad-Initiative Kemnat e.V. (Zahlungsempfänger) Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

### **Hinweis:**

Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

---

Vorname und Nachname (Kontoinhaberin/Kontoinhaber)

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Email

---

Telefonnummer

DE . . . | . . . . . | . . . . . | . . . . . | . . . . . | . . . . . | . . . . . |

---

Bankverbindung

---

BIC

---

Name der Bank

---

Ort der Bank

---

Datum

---

Unterschrift(en) des/der Kontoinhabers/Kontoinhaberin