Skizunft Schwieberdingen e.V.

5. Auflage 12.08.16

Aufnahmeantrag

1.) Name _____ Vorname _____ Geb. _____

2.) Name _____ Vorname _____ Geb. _____

3.) Name _____ Vorname _____ Geb. _____

4.) Name _____ Vorname _____ Geb. _____

Straße _____

PLZ und Wohnort _____

Beruf _____

Mailadresse _____

Telefon _____

ersucht um Aufnahme in die Skizunft Schwieberdingen e.V. als ordentliches Mitglied. Die Satzung wird in vollem Umfang anerkannt.

Auszug aus der Satzung der Skizunft Schwieberdingen e.V.:

§ 4 Mitgliedschaft
1. Die Mitgliedschaft beginnt mit der Aufnahme durch den Verein. Die Aufnahme ist schriftlich gegenüber dem Vorstand zu beantragen.
2. Über die Aufnahme entscheidet der Vorstand nach Anhörung des Ausschusses. Die Ablehnung eines Aufnahmeantrages kann ohne Begründung erfolgen.
3. Der Verein führt folgende Mitglieder:
   a) Ordentliche Mitglieder über 18 Jahren,
   b) Kinder und Jugend-Mitglieder von 4 – 18 Jahren,
   c) Ehrenmitglieder gemäß der Ehrenordnung.

§ 6 Ende der Mitgliedschaft
1. Die Mitgliedschaft endet:
   a) mit dem Tode,
   b) mit dem Austritt,
   c) mit dem Ausschluss

2. Der Austritt ist schriftlich gegenüber dem Vorstand zu erklären und nur zum Ende eines Vereinsjahres möglich. Er gilt als rechtswirksam erklärt, wenn die Erklärung bis zum Ablauf des 30. Septembers dem Vorstand zugeht.

Skizunft Schwieberdingen e.V.

5 Auflage 12. 08.16

Aufnahmeantrag

Verwaltungspauschale (pro Antrag, unabhängig von der Personenzahl)	Euro	25,-
Jahresbeitrag Erwachsene/ Anschlussmitglied ab 18 Jahre	Euro	60,-
Jahresbeitrag Kinder/Jugendliche/Schüler bis 18 Jahre		
mindestens ein Erziehungsberechtigte(r) ist Mitglied	Euro	20,-
kein Erziehungsberechtigte(r) ist Mitglied	Euro	50,-

bei einer kompletten Familienmitgliedschaft werden maximal zwei Kinder berechnet. Jedes weitere Kind ist vom Jahresbeitrag befreit.

Empfohlen durch das Vereinsmitglied _____

SEPA-Lastschrift-Mandat
Ich ermächtige / wir ermächtigen die Skizunft Schwieberdingen e.V. Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die von der Skizunft Schwieberdingen e.V. auf mein / unser Konto gezogenen 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.
Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber _____
(Vorname u. Nachname)

Str. und Hausnr. _____

PLZ u. Ort _____

IBAN

BIC (8 oder 11 Stellen)

Schwieberdingen, den _____ _____
(Unterschrift

Ausschuss

_____ _____ _____
(Datum) (1.Vorsitzender) (2.Vorsitzender)