

**Mitgliedsantrag zur Aufnahme in den Verein  
Bosniakisch – Deutsche Gemeinde  
Karlsruhe e.V.  
inkl. SEPA-Lastschriftmandat**



**Antragsteller**

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Telefonnr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Straße & Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ & Ort: \_\_\_\_\_

**Ehepartner**

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Telefonnr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Kinder**

Vorname, Name und Geburtsdatum (eventuell Telefonnummer & E-Mail)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Monatlicher Mitgliedsbeitrag**

Der monatliche Mindestbeitrag beträgt

- für Einzelpersonen **15 €** (Vollmitglied)
- für Ehepaare **20 €** insgesamt (Vollmitglieder)
- für Schüler und Studenten **5 €** (Vollmitglied) unter Vorlage einer gültigen Schul- oder Studienbescheinigung, welche alle 6 Monate (am 01.01 und am 01.06. vorzulegen ist)

Informativ: 1 Mitgliedsantrag entspricht 1 Wahlstimme bei Abstimmungen

**Monatlicher Beitrag:** \_\_\_\_\_ **Aufnahmedatum:** \_\_\_\_\_

Karlsruhe, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Antragsteller & Ehepartner: \_\_\_\_\_

Seite 1 von 2



**Bosniakisch - Deutsche Gemeinde Karlsruhe e. V.**  
*Bosniakisch - Deutsche Gemeinde Karlsruhe e. V.*

Pfalzbahnstraße 4  
76187 Karlsruhe / Knielingen  
Tel/Fax (+49) 721 / 966 45 24



**Mitgliedsantrag zur Aufnahme in den Verein  
Bosniakisch – Deutsche Gemeinde  
Karlsruhe e.V.  
inkl. SEPA-Lastschriftmandat**



**SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren-  
Wiederkehrende Zahlung**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE31BDG00001501747  
Mandatsreferenznummer: ENTSPRECHENDE MITGLIEDSNUMMER

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die **Bosniakisch – Deutsche Gemeinde Karlsruhe e.V.** Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der **Bosniakisch – Deutschen Gemeinde Karlsruhe e.V.** auf mein/unsere Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die Kontobelastung (Fälligkeitsdatum) des obenstehenden Betrages erfolgt jeden Monat, erstmalig am:

--- . --- . ---

**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**

**Daten des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

Vorname und Nachname: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Konto des Zahlungspflichtigen (IBAN): \_\_\_\_\_

Kreditinstitut des Zahlungspflichtigen (BIC): \_\_\_\_\_

Karlsruhe, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

Von diesem SEPA-Lastschriftmandat und dem nebenstehenden Mitgliedsantrag hat der Zahlungspflichtige (Kontoinhaber) eine Kopie erhalten.

