



## AUFNAHMEANTRAG

Vorname:	Nachname:
Straße:	PLZ/Ort:
Telefon:	E-Mail:

Hiermit ersuche(n) ich (wir) um meine (unsere) Aufnahme in die Karnevalsgesellschaft „Schwarz Gelbe Funken 1974 e.V.“

### Art der Mitgliedschaft

- Familienbeitrag (120€ jährlich)
- Einzelbeitrag ab 18 Jahren (60€ jährlich)
- Einzelbeitrag unter 18 Jahren (30€ jährlich)

Personen die das 18te Lebensjahr bereits erreicht haben, aber sich noch in einer Beruflichen- oder Schulischen Ausbildungen befinden, zahlen den Beitrag unter 18 Jahren. Ausbildungs.- oder Schulnachweiß müssen eingereicht werden.

### Im Einzelnen handelt es sich um folgende Personen:

Familienname:	Vorname:	Geburtsdatum:

Mit meiner (unserer) Unterschrift erkenne(n) ich (wir) die unter [www.schwarz-gelbe-funken.de](http://www.schwarz-gelbe-funken.de) einsehbare Satzung des Vereins an.

Datenschutz: Ich erkläre mich damit einverstanden, dass vor- und umstehende Daten für vereinsinterne Zwecke in einer EDV-gestützten Mitglieder- und Beitragsdatei gespeichert werden. Ohne dieses Einverständnis kann eine Mitgliedschaft nicht begründet werden. Ich bin damit einverstanden, dass die KG Schwarz-Gelbe-Funken 1974 e.V. Vereinspost wie z.B. Einladungen zu Versammlungen etc. an meine o.g. Email-Adresse verschickt

Ort, Datum, Unterschrift

(Personen unter 18 Jahren können nur mit Unterschrift der/s Erziehungsberechtigten in unseren Verein aufgenommen werden.)



Ahler Karnevalsgesellschaft  
**Schwarz Gelbe Funken 1974 e.V.**



# AUFNAHMEANTRAG

SEPA-Lastschriftmandat für den Zahlungsempfänger:  
KG Schwarz-Gelbe-Funken 1974 e.V.  
Postfach 14 06  
59204 Ahlen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE43ZZZ00000976373  
Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_ (wird separat mitgeteilt.)

Ich ermächtige den Karnevalsverein Schwarz-Gelbe-Funken 1974 Ahlen e.V.,  
Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein  
Kreditinstitut an, die von der KG Schwarz-Gelbe-Funken 1974 Ahlen e.V. gezogenen  
Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum,  
die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem  
Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

---

Name, Vorname des Kontoinhabers

---

Straße und Hausnummer des Kontoinhabers

---

PLZ & Ort des Kontoinhabers

---

Kreditinstitut (Name) BIC

---

IBAN: DE \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum, Unterschrift des Kontoinhabers