



Beitrittserklärung

Ich/Wir möchte/n Mitglied des Jugendpflegefördervereins Gommersheim e.V. werden

Name: _____ geb. am _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Folgende Familienangehörige wollen Familienmitglied werden:

Name: _____ geb. am _____

Name: _____ geb. am _____

Name: _____ geb. am _____

Name: _____ geb. am _____

Name: _____ geb. am _____

Name: _____ geb. am _____

Ort, Datum _____

Unterschrift: _____

Mitgliedsbeiträge:

Familien 18,00 Euro jährlich

Einzelpersonen 12,00 Euro jährlich

Jugendliche, Schüler und Studenten 6,00 Euro jährlich

Juristische Personen 18,00 EURO jährlich

Das Mindestalter für die Aufnahme beträgt 14 Jahre. Kinder unter 14 Jahren können nur im Rahmen der Familienmitgliedschaft dem Jugendpflegeförderverein Gommersheim e.V. beitreten.

Ermächtigung zum Bankeinzug

Hiermit ermächtige/n ich/wir bis auf Widerruf den Beitrag von meinem/ unserem Konto abzubuchen

Kreditinstitut: _____

Name des Kontoinhabers: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Ort, Datum _____ Unterschrift: _____