



Beitrittserklärung

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



1 PERSÖNLICHE DATEN

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

2 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.

3 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