



## Antrag auf Mitgliedschaft in der KG Et Jecke Jrüppche e.V.

Einzelantrag  Familienantrag (bitte alle Familienmitglieder anführen)

**Hiermit beantrage ich/wir, die Mitgliedschaft in der KG Et Jecke Jrüppche e.V.**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

(weitere im Haushalt lebende Familienmitglieder bitte auf Rückseite anführen)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Mobil-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail

Mir/uns ist bekannt, und ich bin/wir sind damit einverstanden, dass eine Mitgliederliste mit persönlichen Angaben geführt wird. Die Liste wird nur intern verwendet.

### Jahresbeiträge (bitte ankreuzen):

Kinder beitragsfrei

Erwachsene, ab dem 18.Lebensjahr 36 €

Azubis, Jugendliche ab dem 16.Lebensjahr,  
Rentner, Senioren, Studenten 27 €

Ehepaare, Lebensgemeinschaften 57 €

Familienmitgliedschaft 60 €

Fördermitgliedschaft \_\_\_\_ €

(Förderbeitrag nach eigenem Ermessen, jedoch mehr als die grundsätzlich für das Fördermitglied geltende Beitragsklasse)

Zahlungsweise (ankreuzen):

- SEPA-Lastschriftinzug (siehe SEPA-Lastschriftmandat):  
 jährlich, zum 01.04.  oder ½ jährlich zum 1.04. und zum 1.10.

**HINWEIS:** Aufgrund der bewusst niedrig gehaltenen Beiträge, bedarf es der tatkräftigen Unterstützung unserer Mitglieder. Wir hoffen auf Dich / Euch zählen zu können.

Mit der Erklärung wünsche(n) ich/wir der KG Et Jecke Jrüppche e.V. beizutreten und erkenne(n) mit der Aufnahme die Satzung des Vereins an.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. des/der Erziehungsberechtigten)

**SEPA-Lastschriftmandat:**

KG Et Jecke Jrüppche e.V., Haydnstr. 1, 53859 Niederkassel-Lülsdorf  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE0360100000454942  
Mandatsreferenz (KG EJJ-Mitgliedsnummer)

Ich ermächtige die KG EJJ e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der KG EJJ e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name)

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

oder

Kontonummer: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift

**-Eine Mitgliedschaft besteht erst nach Annahme und schriftlicher Bestätigung durch den Vorstand-**