

# Freundeskreis für die Partnerschaft mit Krynica-Zdrój e.V.



Zweck des Vereins ist die Pflege und Förderung der Völkerverständigung. Insbesondere soll in Zusammenhang mit der Stadt Bad Sooden-Allendorf die Partnerschaft zwischen den Städten Bad Sooden-Allendorf und Krynica-Zdrój gestaltet und vertieft werden.

Anrede:  Frau  Herr

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Tel.- Nr. privat: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Tel. mobil: \_\_\_\_\_

Ich beantrage die Aufnahme als: Mitgliedsbeitrag

Einzelmitglied (Mindestalter 14 Jahre) ...**20,00**...€ pro Jahr

Familie ...**30,00**...€ pro Jahr

Die Familienmitgliedschaft soll auch für folgende Familienangehörige beantragt werden:

1 Vorname\* \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

2 Vorname\* \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

3 Vorname\* \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

\*ggfls. auch abweichenden Nachnamen angeben

Die Mitgliedschaft beginnt nach dem satzungsgemäßen Aufnahmebeschluss durch den Vorstand und am Tag der Beitragszahlung. Mir ist bekannt, dass ich, sofern mir Zielsetzung und Satzung nicht bereits bekannt sind, nähere Informationen über die Arbeit und Ziele des Vereines beim Vorstand erfragen oder unter [www.bsa-krynica.de](http://www.bsa-krynica.de) erfahren kann. Für die Mitgliedschaft gelten die Satzung und die Ordnungen des Vereins. Diese erkenne ich mit meiner Unterschrift an.

**Datenschutz!** Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Verein die von mir gemachten Angaben speichert, sie jedoch nur für vereinsinterne Zwecke verwendet. Dieses Einverständnis kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Bad Sooden-Allendorf, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter)

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Freundeskreis für die Partnerschaft mit Krynica-Zdrój e.V., die Jahresbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Freundeskreis für die Partnerschaft mit Krynica-Zdrój e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift des **Kontoinhabers**