

AUFNAHMEAANTRAG



1. Mitglied als O aktives / O passives Mitglied:

Name:

Geb.-Datum:

Anschrift:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

2. Mitglied als O aktives / O passives Mitglied:

Name:

Geb.-Datum:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

3. Mitglied als O aktives / O passives Mitglied:

Name:

Geb.-Datum:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

4. Mitglied als O aktives / O passives Mitglied:

Name:

Geb.-Datum:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

4. Mitglied als O aktives / O passives Mitglied:

Name:

Geb.-Datum:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

Ich/Wir, in Folge Antragsteller (AS) genannt, beantragen die Mitgliedschaft in der Narrenzunft Kickacher Waldbad Hexen Baienfurt e.V. Der AS wurde darauf hingewiesen, dass er mit Annahme des Aufnahmeantrags durch den Zunftrat als ordentliches Mitglied mit allen Rechten und Pflichten gilt. Jedes Mitglied ist zur satzungsmäßigen Beitragsleitung verpflichtet. Mit der Unterzeichnung von diesem Antrag erkennt der AS die Satzung und die Ordnungen der Kickacher Waldbad Hexen Baienfurt e.V. als verbindlich an. Der AS erlaubt den nicht volljährigen Familienmitgliedern ab dem 14. Lebensjahr an Abstimmungen und Wahlen der Kickacher Waldbad Hexen selbst teil zu nehmen sofern die Satzung und Ordnungen diesem nicht entgegenstehen. Eine Übergabe des Stimmrechts an dritte ist nicht möglich. Des Weiteren wird Seitens des AS auf eine Teilnahme von Familienmitgliedern an Abstimmungen und Wahlen der Kickacher Waldbad Hexen Baienfurt e.V. von Familienmitgliedern vom 0-13. Lebensjahr, sowie eine Übergabe/Übernahme des Stimmrechts an/von einem gesetzlichen Vertreter verzichten. Der AS ist damit einverstanden, dass trotzdem abgegebene Stimmen der betreffenden Mitglieder als ungültig gelten.

Über diesen Antrag wird vom Zunftrat bis spätestens am 11.11. jeden Jahres entscheiden.

Datum/Unterschrift:

<u>Gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen:</u>		
Name:	Geb.-Datum:	
Anschrift:		
Tel.:	Fax:	E-Mail:
Unterschrift:		



Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Kickacher Waldbad Hexen Vorstand Simon Barg

Anschrift des Zahlungsempfängers:

Straße und Hausnummer:

Laurentiusstr. 29

Postleitzahl und Ort:

88281 Schlier

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE25KWH00000996582

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.