



## Antrag auf Mitgliedschaft im KCV

### Angabe zur Person

Name	_____	Vorname	_____
Straße/Nr.	_____	PLZ/ Ort	_____
Telefon	_____	Geb.-Datum	_____
Handy	_____	E-Mail	_____

### Angabe zur Mitgliedschaft

Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft im KCV.

Bitte zutreffendes ankreuzen.

Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 17. Lebensjahr <b>(Passives Mitglied)</b>	10,00 €	<input type="checkbox"/>
Aktive/r Tänzer/in in <b>Garde – und Schautanzgruppen</b> mit Nutzung der Turnhalle	50,00 €	<input type="checkbox"/>
Erwachsene ab dem 18. Lebensjahr	20,00 €	<input type="checkbox"/>
Fördermitglieder ab dem 65. Lebensjahr	10,00 € oder _____	<input type="checkbox"/>

**Die Kündigung der Mitgliedschaft ist laut Satzung nur schriftlich oder  
per E-Mail zum 30. 09. eines Jahres bei allen Mitgliedern der aktuellen  
Vorstandschaft möglich.**



**Bei Kündigung erlischt auch die Einzugsermächtigung**

Der Jahresbeitrag wird immer am 15. Januar für die laufende Faschingsaison  
abgebucht.

Im Rahmen der Mitgliedschaft gebe ich auch mein Einverständnis zur  
Fotoveröffentlichung von mir bei Vereinsveranstaltungen in Zeitung und Internet.

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

Unterschrift \_\_\_\_\_

Bei Kindern und Jugendlichen **unter 18 Jahren**  
Unterschrift eines **Erziehungsberechtigten**

Unterschrift \_\_\_\_\_

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

**Name des Zahlungsempfängers:**

Knetzgauer Carnevals Verein e. V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers****Straße und Hausnummer:**

Seelohe 6

**Postleitzahl und Ort:**

97478

Knetzgau

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE65KCV00000322973

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**

M0

**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfängerwiderruflich, 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 Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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):**

114 903.000 D0 (Fassung Aug. 2010) - (V1)

Deutscher Sparkassenverlag

Urheberrechtlich geschützt

DE

Knetzgau

**Datum (TT/MM/JJJJ):**

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**