

# KLJB Gellendorf

## Mitgliedsantrag



Hiermit erkläre ich, dass ich Mitglied in der **Katholischen Landjugendbewegung (KLJB)** im Bistum Münster e.V. **Ortsgruppe Gellendorf** werden möchte.

Das Mitgliedsjahr ist das Kalenderjahr. Meine Mitgliedschaft verlängert sich automatisch um ein Jahr, wenn ich nicht zum 01.12. des laufenden Jahres meinen Austritt zum Folgejahr schriftlich erkläre.

Der aktuell gültige Beitrag wird jährlich (am 01.04.) vom Kassenwart eingefordert und ist zeitnah zu zahlen.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an. Die aktuelle Satzung kann beim Vorstand eingesehen werden.

Ich stimme der Veröffentlichung von Bildern und Namen in Print- und Telemedien sowie elektronischen Medien zu, soweit dies den satzungsmäßigen Aufgaben, Zwecken und Werbezwecken der KLJB Gellendorf dient.

Ich bestätige, dass meine persönlichen Daten von der KLJB Gellendorf elektronisch verarbeitet, genutzt und an den Landesverband weitergeleitet werden dürfen.

Ich bestätige, dass ich für Kosten von Schäden o. Ä., die ich auf Veranstaltungen der KLJB Gellendorf verursacht habe, selbst aufkommen muss.

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitglieds (der/des gesetzl. Vertreter/s)

Abzugeben bei:

Theresa Lüttmann	Elter Str. 375, 48432 Rheine
------------------	------------------------------

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

**Name des Zahlungsempfängers:**

KLJB Gellendorf

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

Am Pfarrhaus 6

**Postleitzahl und Ort:**

48429 Rheine

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE90ZZZ00002791658

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**

KLJB-GELLENDORF

**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):****BIC (8 oder 11 Stellen):****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.