



Beitrittserklärung

Vorname und Name		Geburtsdatum
Straße, Haus Nr.		PLZ und Ort
Telefon	Mobil	Mail-Adresse

1. Hiermit erkläre ich meinen Eintritt in den FREUNDKREIS FÜR FLÜCHTLINGE AHRENSBURG e.V. (FKFA) gemäß den in der Satzung des FKFA festgelegten Bedingungen und erkenne die Satzung und die Beitragsordnung an.
2. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass interne Informationen und Newsletter an meine E-Mail-Adresse verschickt werden. [bitte ankreuzen ja nein]
3. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass von meinen oben angegebenen Daten Name, Vorname, Telefonnummern und Mailadresse im FKFA-Mitgliederverzeichnis aufgenommen und unter Vereinsmitgliedern veröffentlicht werden: [bitte ankreuzen ja nein]
4. Ich verpflichte mich zur Zahlung des Mindestmitgliedsbeitrages von **3,00€** pro Monat. Der Beitrag wird nach der Mitgliederversammlung etwa im April und im Oktober zweimal jährlich per Lastschrift eingezogen. Bareinzahlung oder Überweisung sind nicht möglich!
5. Ich möchte freiwillig einen höheren Mitgliedsbetrag zahlen, nämlich insgesamt _____ € pro Monat. Ich kann diese freiwillige Erhöhung des Beitrages jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen.
6. Ich ermächtige den FKFA bis auf Widerruf den Mitgliedsbeitrag ab sofort im Lastschriftverfahren einzuziehen. Meine Kontoangaben sind:

Name, Vorname des oder der Kontoinhaber
Name des Kreditinstitutes
IBAN

BIC

Ort, Datum	Unterschrift (gesetzl. Vertreter bei Minderjährigen)