

# Beitrittserklärung

## Sodener Karneval-Gesellschaft 1948 e.V.

Bitte ausdrucken, ausfüllen und schicken an:

SKG Geschäftsstelle:  
Swen Köhler  
Geierfeld 7A  
65812 Bad Soden am Taunus

Hiermit erkläre/n ich/wir meinen/unseren Beitritt,  
als ( ) aktive/s Mitglied/er, ( ) passive/s Mitglied/er

als ( ) förderndes Mitglied mit einem jährlichen Beitrag von \_\_\_\_\_ €

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

Bei Minderjährigen bitte hier den Namen der/des Erziehungsberechtigten eintragen:

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

Geburtsort: \_\_\_\_\_, Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_, PLZ: \_\_\_\_\_, Ort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_, Mobil: \_\_\_\_\_

FAX: \_\_\_\_\_, E-Mail: \_\_\_\_\_

Anmeldung weiterer Personen, mit der gleichen postalischen Adresse, ansonsten Beitrittserklärung kopieren und gesondert anmelden.

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

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

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

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

mit der Unterschrift erkenne/n ich/wir die gültige Satzung als bindend an.

Sollte jemand im Laufe der Kampagne / Turniersaison den Verein durch Austritt verlassen, so wird eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 100,- Euro, für bereits entstandene Auslagen wie z.B. Kostüme, Trainingslager etc.erhoben. Evtl. Ausnahmen wie z.B. Krankheit, Umzug werden auf Antrag gesondert im Vorstand geklärt. Die Kostüme sind Eigentum der SKG und nur eine Leihgabe fürs Tanzen. Bei Nichtabgabe nach Beendigung der aktiven Mitgliedschaft innerhalb von 4 Wochen wird das Kostüm in Rechnung gestellt.“ Bei den Minderjährigen bitte Unterschrift der Eltern.

Ort, Datum:

Unterschrift:

bei Minderjährigen bitte die Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

### VEREINSBEITRAG / FÖRDERMITTEL / ABBUCHUNGS-ERMÄCHTIGUNG

Mit dieser Unterschrift ermächtige ich die Sodener Karneval Gesellschaft 1948 e.V. (kurz SKG) meinen/unseren Mitglieds-/Förderungsbeitrag 1x jährlich abzubuchen.

IBAN \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Der derzeitige Mitgliedsbeitrag beträgt:

- für Jugendliche bis 18 Jahre monatlich 3,00 € = 36,00 € / jährlich
- für Erwachsene monatlich 4,00 € = 48,00 € / jährlich
- für Familien, Kinderzahl unbegrenzt monatlich 7,50 € = 90,00 € / jährlich

Datum, Ort:

Unterschrift:

**Siehe Rückseite wegen SEPA-Lastschriftverfahren.**

# Beitrittserklärung

## Sodener Karneval-Gesellschaft 1948 e.V.



004400701810A582501180

**SEPA-Lastschriftmandat**  
**SEPA Direct Debit Mandate**

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**  
 Sodener Karneval-Gesellschaft 1948 e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**  
**Straße und Hausnummer / Street name and number:**  
 Dachbergstr. 33a

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:** 65812 Bad Soden am Taunus **Land / Country:** D

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**  
 | D E 9 0 Z Z Z 0 0 0 0 0 3 9 2 6 5 4 |

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):**

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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

**Zahlungsart / Type of payment:**  
 Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment  Einmalige Zahlung / One-off payment

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:**

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address\***  
\* Angabe freigestellt / Optional information  
**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:** **Land / Country:**

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):**

**BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**  
Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.  
 Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

**Ort / Location:** **Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):**

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**

manuell  
 114.902.001 D0 (Fassung Feb. 2016) - v2.4 - 0  
 © Deutscher Sparkassenverlag