

# Koblenzer Carnevals-Club e.V.



## Aufnahmeantrag

(bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben)

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im KCC e.V. ab dem: \_\_\_\_\_

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

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

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Ich wünsche die Aufnahme in die KCC Whatsapp - Gruppe

Ich habe Interesse an einer Uniform

## Beitrittserklärung

Mit meinem Beitritt erkenne ich die Satzung des KCC e.V. an.

Mit meiner Unterschrift bin ich mit der Nutzung meiner personenbezogenen Daten durch den Verein im Sinne der DS-GVO einverstanden.

Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten.

.....  
(Ort/Datum)

.....  
(Unterschrift des Antragstellers)

.....  
(Bei Minderjährigen zusätzliche Unterschrift/en des/der Erziehungsberechtigten)

## *Koblenzer Carnevals-Club e.V.*

### **Beitrag: (Stand: 10.04.2015):**

Der Mitgliedsbeitrag beträgt **2,50€** monatlich und wird jährlich, jeweils zu Beginn der Beitragsperiode (01.06.), mittels Lastschrift eingezogen. Erfolgt der Beitritt während einer laufenden Beitragsperiode, so ist der anteilmäßige Jahresbeitrag zu entrichten. Jugendliche, die zu Beginn der Beitragsperiode das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden für diese Beitragsperiode beitragsfrei geführt.

---

**Gläubiger-Identifikationsnummer des KCC:** DE04ZZZ00001785861  
**Vereinsregister-Nr. 21363**

**Ihre Mandatsreferenz-Nr. ist zudem Ihre neue Mitgliedsnummer.  
Sie wird von Ihnen mit der Eintrittsbestätigung gesondert mitgeteilt.**

### **SEPA-Lastschriftmandat**

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den KCC e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom o.a. 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

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

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

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

....., .....

(Ort)

(Datum)

.....

(Unterschrift des Kontoinhabers)

---

### **Bearbeitungsvermerke:**

Antrag eingegangen am: .....

Mitgliedsnummer: .....

Bestätigung versendet am: .....

Erster Beitragseinzug erfolgt am: .....