



**Stammverein:**       Duderstadt                       Nesselröden                       Breitenberg  
                                  Gerblingerode                       Tiftlingerode                       Immingerode

## Beitrittserklärung

Ich beantrage die Aufnahme in den JFV-Eichsfeld e.V. zum \_\_\_\_\_

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

geb. am: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Ich bleibe solange Mitglied im JFV-Eichsfeld e.V. bis ich meinen Austritt in schriftlicher Form einreiche. Ein Austritt ist laut Vereinssatzung ([www.jfv-eichsfeld.de](http://www.jfv-eichsfeld.de)) nur zum 30.06. und zum 31.12. des Jahres unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten möglich. Mit der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten in der vereinseigenen EDV bin ich einverstanden. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und die Mitgliedsbeiträge des JFV-Eichsfeld e.V. an.

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten)

Monatliche Mitgliedsbeiträge			
Kinder bis 14 Jahre	6,50 €	Passive Fördermitglieder	2,50 €
Jugendliche ab 14 Jahre	9,00 €	Geschwisterkind	_____
		mtl. Reduzierung je weiteres Kind von 2,00 € monatlich 1.K.: voll; 2.K: 3,- /5,-; 3.K: 3,-/5,- keine weitere Staffelung	

### Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats an:

JFV-Eichsfeld e.V., Am Wachteberg 42, 37115 Duderstadt  
Gläubiger-ID-Nr.: DE61ZZZ00001420697      Mandantsreferenz- Nr.: (kann auch Wunsch mitgeteilt werden)

Ich/Wir ermächtige/n den Zahlungsempfänger JFV-Eichsfeld e.V. die von mir/uns zu entrichtenden Beitragszahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift vom nachstehenden Konto einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom JFV-Eichsfeld auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.  
Kosten seitens der Bank für Rücklastschriften gehen zu meinen Lasten, sofern sie durch mich verursacht wurden und zu vertreten sind.

Hinweis: Ich/Wir kann/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

- Name, Anschrift wie oben  
 Name, Vorname \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

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

BIC: \_\_\_\_\_ Bank: \_\_\_\_\_  
(BIC entfällt, wenn die IBAN mit DE beginnt)

- Der Beitrag wird pünktlich überwiesen  
(Bearbeitungsgebühr 10,00 €)

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und die Mitgliedsbeiträge des JFV-Eichsfeld e.V. an.

Ort /Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift (en) des Zahlungspflichtigen \_\_\_\_\_