

Aufnahmeantrag

Ich möchte Mitglied im Sozialdienst katholischer Frauen e.V. Regensburg werden.

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon - Nr.:

E-Mail:

Konfession:

Bitte im Folgenden ankreuzen, welche Form der Mitgliedschaft gewünscht ist!

Ich möchte 'ordentliches Mitglied' werden

Ordentliche Mitglieder sind 'katholische Frauen und Frauen christlicher Konfessionen, die gemeinsam die ideelle Zielsetzung des Vereins entsprechend sein Leitbild bejahen und ihn verantwortlich mittragen'. Sie haben aktives Wahlrecht. Vorstandsaufgaben können laut Satzung nur von katholischen Frauen übernommen werden.

Ich möchte 'förderndes Mitglied' werden

Fördernde Mitglieder sind Frauen und Männer, die den Verein 'durch Zuwendungen oder in sonstiger Weise unterstützen'. Sie nehmen wie die ordentlichen Mitglieder an der Mitgliederversammlung teil, nehmen Rechenschafts- und Kassenbericht entgegen und stimmen über die Entlastung des Vorstands mit ab, haben aber kein Wahlrecht und sind auch nicht wie die ordentlichen Mitglieder an den Entscheidungen über alle grundsätzlichen Fragen der Vereinsarbeit beteiligt.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt z. Zt. pro Jahr 30,00 EUR.

Informationen:

Bitte senden sie mir Informationen aus dem Ortsverein und dem REKiZ per E-Mail zu.

Regensburg, _____

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Vorstand SKF e.V.

Sozialdienst katholischer Frauen e.V. Regensburg

Einzugsermächtigung / SEPA-Lastschriftmandat (SEPA-Start 01.12.2013)

Mandatsreferenz: SkF-Beitrag-MR: _____

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE53ZZZ00000359370

Ich ermächtige den Sozialdienst katholischer Frauen e.V. Regensburg, folgenden Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Sozialdienst katholischer Frauen e.V. Regensburg auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Beitrag:

geltender Jahresbeitrag (z.Zt. 30,00 EUR)

_____ EUR (anderer Beitrag)

Name, Vorname des Kontoinhabers	
Straße und Hausnr.	
PLZ und Ort	
IBAN	DE
BIC	
Kreditinstitut	

Bei Beträgen über 200,00 EUR benötige ich eine Spendenquittung an o. g. Anschrift:

Ort, Datum, Unterschrift