



## Aufnahmeantrag

Hiermit stelle ich einen Antrag zur Aufnahme in die Maskengruppe des Narrenvereins Griesebigger e.V. Kressbronn

Name, Vorname: .....

Straße / Nr.: .....

PLZ, Ort: .....

Tel.-Nr. / Handy-Nr.: .....

e-Mail-Adresse: .....

Beruf: ..... Geburtsdatum: .....

Warum möchtest Du bei uns mitmachen? .....

.....

Warst du schon mal oder bist du in einem Narrenverein? Ja  Nein

Wenn ja, in welchem? ..... Bis wann? .....

Austritt, warum? .....

Bist Du Mitglied in anderen Vereinen? Ja  Nein

wenn ja, welche: .....

Sind bereits Verwandte / Freunde / Bekannte in der Narrenzunft? Ja  Nein

wenn ja, wer: .....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und gebe zugleich die Einwilligung zur Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gem. Bundesdatenschutzgesetz.

Datum: ..... Unterschrift \*: .....

\* Bei Minderjährigen, Unterschrift der / des gesetzlichen Vertreter/s.

Falls kein Erziehungsberechtigter aktives Mitglied ist, oder wird, muss zusätzlich zu diesem Antrag eine schriftliche Einverständniserklärung der Eltern eingereicht und eine Aufsichtsperson aus dem Verein benannt werden.

Ansonsten ist eine Aufnahme Minderjähriger nicht möglich!

Maskengruppenleiterin: Gerlinde Stock-Riegel, Untermühleweg 3, 88079 Kressbronn Tel. 0171-4444284

Email: [griesebigger.maskengruppe@gmail.com](mailto:griesebigger.maskengruppe@gmail.com)

<http://maskengruppe.griesebigger.de> / 28.04.2018



Bitte in Druckbuchstaben deutlich ausfüllen!

**Verein zur Pflege von Volks- u. Brauchtum e.V.  
„Narrenverein Griesebigger“**



**Mitglieds-Aufnahme-Antrag mit SEPA-Lastschriftmandat**

Mitglieds\_Nr.: \_\_\_\_\_

Familien-Nr.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Eintrittstag) (Unterschrift)

Bei Jugendlichen unter 18 Jahren Unterschrift der Eltern bzw. der Erziehungsberechtigten.

**Weitere Familienangehörige:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Mitgliedschaft beim Narrenverein Griesebigger e. V. in folgender Abteilung**

Jahresbeitrag:

- |   |                                     |         |
|---|-------------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> Maskengruppe     | <input type="checkbox"/> Erwachsene | 30,00 € |
| <input type="checkbox"/> Schalmeien       | <input type="checkbox"/> Familien   | 45,00 € |
| <input type="checkbox"/> Garde            | <input type="checkbox"/> Passive    | 10,00 € |
| <input type="checkbox"/> Komitee          |                                     |         |
| <input type="checkbox"/> Programmausschuß |                                     |         |
| <input type="checkbox"/> Passive          |                                     |         |

Die Beiträge werden im SEPA-Lastschriftverfahren erhoben. Es erfolgt keine Rechnungsstellung

Eine Änderung der Beiträge ist vorbehalten. Die Mitgliedschaft kann nur schriftlich zum Jahresende gekündigt werden.

Die Satzung des Vereins erkenne ich an.

**Erteilung eines Mandats zum Einzug von SEPA-Lastschriften**

Zahlungsempfänger: Verein z. Pflege v. Volks- u. Brauchtum, „Narrenverein Griesebigger“ e.V.  
Gläubiger-ID-Nr. DE43ZZZ00001487563 Mandatsreferenz Nr.: (wird nachgereicht)

Vorname / Name des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kreditinstitut Name \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

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

Ich / Wir ermächtige/n den Zahlungsempfänger N.V. Griesebigger e.V., Zahlungen vom o.g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein(unser Kreditinstitut an, die vom N.V. Griesebigger e.V., 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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mandat gilt für Wiederkehrende Zahlung

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

Unterschrift des / der Kontoinhaber \_\_\_\_\_

10/2014