



Christlicher Verein Junger Menschen Oberwiehl e.V.



Ich/Wir möchte/n Mitglied im CVJM Oberwiehl werden:

<input type="checkbox"/> Einzelmitgliedschaft			<input type="checkbox"/> Familienmitgliedschaft		
Name:			Name:		
Vorname:			Vorname:	1.	
Straße:			Straße:		
Plz/Ort:			Plz/Ort:		
e-mail:			e-mail:		
Telefon:		Geburtsdatum:	Telefon:		Geburtsdatum:
Handball	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Handball	<input type="checkbox"/>
Student/Auszubildender: *	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Familienmitglieder: (bis 25 Jahre)	
Zivil-/Grundwehrdienstleistender* bis voraussichtlich:	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Vorname	Geburtsdatum
Beitragsübersicht Einzelmitgliedschaft (jährlich)			Handball <input type="checkbox"/>		
Alter	CVJM-Gruppe	Handball	(ggfs. abweichender Familienname)		
bis 13 Jahre	21,00 EUR	42,00 EUR	2.		
14-16 Jahre	27,00 EUR	54,00 EUR	3.		
17-25 Jahre	36,00 EUR	72,00 EUR	4.		
über 25 Jahre	54,00 EUR	108,00 EUR	5.		
Azubis & Studenten	30,00 EUR	60,00 EUR	Familienbeitrag (jährlich)		
Mitarbeiter	32,00 EUR	84,00 EUR	Familienbeitrag		
Passiver Beitrag	45,00 EUR		120,00 EUR		
Zivil- u. Grundwehrdienstleistende sind beitragsfrei			Mitarbeiter Fam. Beitrag		
				84,00 EUR	

(* bitte Nachweise beifügen)

Änderungen zur Mitgliedschaft bitte an:

CVJM Oberwiehl e.V. / Mitgliederverwaltung
Petra Kleinauski, Mühlenauer Str. 46, 51674 Wiehl Telefon: 02296/90204
e-mail: mitgliederverwaltung@cvjm-oberwiehl.de

Eine Kündigung der Mitgliedschaft kann nur **schriftlich** an den 1. Vorsitzenden erfolgen.

Ich bin einverstanden, dass meine Angaben zwecks Mitgliederverwaltung elektronisch gespeichert werden.

(Ort/Datum)

(Unterschrift des Mitglieds bzw. des gesetzl. Vertreters)

Ermächtigung zum Einzug von Beiträgen mittels Lastschrift

Hiermit ermächtige/n ich/wir den CVJM Oberwiehl e.V. widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Kontoführendes Institut:.....Kontoinhaber:.....

Kontonummer:.....Bankleitzahl.....

Der Beitrag soll ___ halbjährlich zum 01.04. und 01.10./ ___ jährlich zum 01.07. eingezogen werden .

(Ort / Datum)

(Unterschrift des Kontoinhabers)