



## Aufnahmeantrag

(bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben)

KFK Schälsjer e.V.  
Geschäftsstelle  
Monika Burger  
Tel: 0261/ 77136  
geschaeftsstelle@schaelsjer.de  
www.schaelsjer.de

Ich/wir möchten der KFK Schälsjer e.V. ab dem ..... beitreten.

Name: .....

Vorname: .....

Anschrift: .....

Geburtsdatum: .....

Telefon/Handy/@: ...../..... @ .....

Ich wünsche die Aufnahme in die Schälsjer e.V. Whatsapp – Gruppe

Ich habe Interesse an einer Uniform

### Beiträge jährlich:

Kinder unter 18 Jahre 15,- €     Einzelbeitrag Erwachsene 25,- €     Beitrag für Paare 45,- €     Familienbeitrag 45,- €

### Einverständniserklärung

Mit meiner untenstehenden Unterschrift erteile ich mein Einverständnis, das von mir Fotos (z.B. Homepage, soziale Medien, Zeitung) veröffentlicht werden dürfen. Laut Satzung der KFK Schälsjer e.V. entscheidet der Vorstand über die Aufnahme. Das Ergebnis wird schriftlich bestätigt.

Datum: ..... Unterschrift: .....

### Zusätzliche Anmeldung Angehörige/Lebensgefährte/in:

Name: ..... Geb. .... Datum: ..... Unterschrift: .....

Name: ..... Geb. .... Datum: ..... Unterschrift: .....

Name: ..... Geb. .... Datum: ..... Unterschrift: .....

Sorgeberechtigter: ..... Datum: ..... Unterschrift: .....  
(Bei Minderjährigen ist zusätzlich die Unterschrift von mind. 1 Sorgeberechtigten erforderlich)

### Einverständniserklärung

Mit meiner untenstehenden Unterschrift erteile ich mein Einverständnis, das von meinem Kind Fotos (z.B. Homepage, soziale Medien, Zeitung) veröffentlicht werden dürfen.

Laut Satzung der KFK Schälsjer e.V. entscheidet der Vorstand über die Aufnahme. Das Ergebnis wird schriftlich bestätigt.

Datum: ..... Unterschrift/ Sorgeberechtigter: .....

### SEPA - Lastschriftmandat

Gläubiger - Identifikationsnummer: DE 78 ZZZO 00000 9427 63

Ich ermächtige die KFK Schälsjer e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der KFK Schälsjer e. V. von meinem Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen. Die Daten unterliegen den gesetzlichen Bestimmungen.

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

IBAN: .....

BIC: .....

Datum: ..... Unterschrift: .....