

# KKG FIDELITAS UEDEM



## KKG FIDELITAS Uedem

Herrn Markus Langenberg  
Dorf 34  
47589 Uedem

### Beitrittserklärung für die **Kolping Karneval Gruppe FIDELITAS Uedem**

Hiermit trete ich der KKG FIDELITAS Uedem bei, Gruppe:

Minis      Knöllekes      Knollen      Elferrat      Kinderelferrat      Büttenredner

Zutreffendes bitte ankreuzen oder unter Sonstiges ergänzen

Name, Vorname .....  
Straße .....  
Postleitzahl, Ort .....  
Tel.: .....  
E-Mail: .....  
Geburtsdatum .....

Jahresbeitragsstaffelung Stand 14.05.2023:

Mitglieder bis 18 Jahre	9,00 € ( inkl. Unfall-/ Haftpflichtversicherung )
Mitglieder ab 18 Jahre	18,00 € ( inkl. Unfall-/ Haftpflichtversicherung )
Familien	40,00 € ( inkl. Unfall-/ Haftpflichtversicherung )

Uedem, den .....  
.....  
Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

**Vorsitzende:** Stefanie Turban, Lohberg 16, 47589 Uedem, Tel.: 02825 938277

**Bankverbindung:** Sparkasse Kleve, **IBAN:** DE41 3245 0000 0005 1312 06, **BIC:** WELADED1KLE

**Rechnungsanschrift:** Markus Langenberg, Dorf 34, 47589 Uedem

**Mail:** kassierer@fidelitas-uedem.de

**Internet:** www.fidelitas-uedem.de

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

**Anschrift des Zahlungsempfängers**

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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 / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Zahlungsart:**

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen):

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):