



Aufnahmeformular

Bitte die Angaben leserlich in Druckschrift ausfüllen.

Farblich gekennzeichnete Felder sind Mussfelder. Bitte in jedem Fall ausfüllen

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	Nr.	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	Handy	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Vereinseintritt ab	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
	Bei Familienmitgliedschaft 2. Elternteil		
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Handy	<input type="text"/>
Einzelmitglied	<input type="text"/> (26 €)	Familienmitglied	<input type="text"/> (41 €)
		Einzelmitglied mit Kind	<input type="text"/> (30 €)

Bei Familienmitgliedschaft bitte alle Kinder die im Verein Mitglied werden sollen angeben:

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Vereinseintritt	<input type="text"/>
Ausbildung in	<input type="text"/>	nur passiv:	<input type="text"/>
	Gruppe/ Instrument		
Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Vereinseintritt	<input type="text"/>
Ausbildung in	<input type="text"/>	nur passiv:	<input type="text"/>
	Gruppe/ Instrument		
Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Vereinseintritt	<input type="text"/>
Ausbildung in	<input type="text"/>	nur passiv:	<input type="text"/>
	Gruppe/ Instrument		
Datum:	<input type="text"/>	Unterschrift:	<input type="text"/>

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE57ZZZ00000476474

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige den Musikverein Lyra Stupferich e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Musikverein Lyra Stupferich e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Einzug des Mitgliedsbeitrags erfolgt jährlich am ersten Werktag des Jahres.

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.

Vorname und Name (Kontoinhaber):

Kreditinstitut (Name und BIC):

IBAN: DE

Ort, Datum **Unterschrift**

Bitte abgeben bei: Musikverein Lyra Stupferich e.V.
Höhenstr. 5
76228 Karlsruhe

oder Andrea Kunz
Ortsstr. 40
76228 Karlsruhe