



Bronies Berlin / Brandenburg e.V.

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im eingetragenen Verein „Bronies Berlin / Brandenburg“.

Mitgliedsdaten

Nachname, Vorname _____

Geburtsdatum _____

(Es muss mindestens das 14. Lebensjahr vollendet sein.)

Straße, PLZ, Ort _____

Telefon (Festnetz) _____

und/oder

Telefon (mobil) _____

E-Mail _____

Nickname _____

Mit der Speicherung meiner Daten zu ausschließlich satzungsmäßigen Zwecken bin ich einverstanden, ebenso mit der Weitergabe dieser aus demselben Grund an andere Mitglieder. Von der Satzung habe ich Kenntnis genommen und erkenne sie bei Aufnahme verbindlich an. Die Satzung befindet sich im Anhang und kann auch unter WWW.BERLIN.BRONIES-VEREIN.DE eingesehen werden.

Mitgliedsbeitrag

Einmalige Aufnahmegebühr 5,00 EUR

Mitgliedsbeitrag (monatlich) 9,00 EUR

Mitgliedsbeitrag (jährlich) 108,00 EUR

Zahlungsrhythmus

monatlich

jährlich

Ich möchte zusätzlich folgenden Betrag schenken (optional) _____ EUR

einmalig

monatlich

jährlich

Ich überweise den Mitgliedsbeitrag auf das unten stehende Konto.

Kontoinhaber Bronies Berlin e.V.
Kontonummer 190143029
IBAN DE 87100500000190143029
Bankleitzahl 100 500 00
Name der Bank Berliner Sparkasse

Beitragshaftung für minderjährige Mitglieder

Ich/wir als der/die gesetzliche/n Vertreter genehmige/n hiermit den Beitritt für mein/unser Kind und übernehme/n bis zum Eintritt der Volljährigkeit (Vollendung des 18. Lebensjahres) die persönliche Haftung für die Beitragspflichten meines/unseres Kindes gegenüber dem Verein.

Datum, Ort

Unterschrift des Vertreters

Einwilligung zum Beitritt

Mit meiner Unterschrift erkläre ich die Richtigkeit aller Angaben.
Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht Vollenget haben, benötigen für den Beitritt in den Verein Bronies Berlin / Brandenburg e.V. die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten.

Datum, Ort

Unterschrift

Dieses Feld wird vom Vorstand ausgefüllt.

Beitritt in den Verein genehmigt	<input type="checkbox"/>	Identität geprüft	<input type="checkbox"/>
Mitgliedsnummer	_____	M Beitragshöhe	_____
Zahlungsziel	_____		EUR

Ort, Datum

Unterschrift