

Antrag auf Mitgliedschaft

in der

Katholischen Studierenden Jugend



**Katholische Studierende Jugend
Diözesanverband Augsburg**

Kitzenmarkt 20, 86150 Augsburg
Fon: 0821/3166-3460
Fax: 0821/3166-3459
Mail: buero@ksj-augsburg.de

Hiermit melde ich meinen Sohn/meine Tochter bei der KSJ Augsburg an:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Geburtsdatum: _____

Mailadresse(wichtig) _____

Schule, Klasse _____

Datum, Unterschrift eines/einer Erziehungsberechtigten.

Der Jahresbeitrag beträgt **30,00 Euro**.

Geschwisterkinder sind in der KSJ Augsburg **beitragsbefreit**. Mein Bruder/Meine Schwester _____ ist bereits Mitglied der KSJ.

Finanziell schwächere Mitglieder können mit einem formlosen Antrag beitragsbefreit werden.

Der Beitrag kann entweder durch Bankeinzug (siehe Blatt zur Einzugsermächtigung) oder per Überweisung nach Rechnungsstellung durch uns bezahlt werden.

Die Kündigung der Mitgliedschaft ist jeweils zum Ende des Kalenderjahres möglich und muss bis spätestens Oktober erfolgen.

Fotos, die im Rahmen von KSJ-Veranstaltungen entstehen, dürfen für die Öffentlichkeitsarbeit der KSJ verwendet werden. (Falls nicht zutreffend bitte streichen)

Wir sind damit einverstanden, dass sich mein Kind mit den Ehren- und Hauptamtlichen der KSJ über soziale Medien austauschen darf, um die Kommunikation für die Veranstaltungen und die Jugendarbeit der KSJ zu erleichtern. (Falls nicht zutreffend bitte streichen)

SEPA – Lastschriftmandat

KSJ Augsburg–Kitzenmarkt 20–86150 Augsburg – 0821/3166-3460 – buero@ksj-augsburg.de



Daten des Mitglieds

Nachname: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

„BDKJ e. V. / KSJ Diözesanverband.“, Kitzenmarkt 20, 86150 Augsburg

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE13ZZZ00001935855

Ich ermächtige, den Verein „KSJ Diözesanverband“, den jährlichen Mitgliedsbeitrag von 30,00 € von meinem Konto mittels Lastschrift zum 31. März jeden Jahres bis auf Widerruf einzuziehen. (Eine Kündigung ist jeweils zum Ende des Kalenderjahres möglich.) Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein „BDKJ e. V. / KSJ Diözesanverband“, auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

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)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name)

DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _
IBAN

_____|_____
Kreditinstitut (BIC)

Datum, Ort und Unterschrift