

Beitrittserklärung

Vorname Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

PLZ, Ort: _____

Ich möchte ab _____ Mitglied der Sozialistischen Jugend Deutschlands „Die Falken“ werden. Über Inhalt und Ziele des Verbandes bin ich informiert worden.

Ich gehöre folgender Untergliederung an: **Kreisverband Herford.**

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____
(bei unter 18-jährigen Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)

Der Mitgliedsbeitrag beträgt im	Monat	Jahr
Mindestbeitrag für Kinder & Jugendliche bis 16 Jahren:	1,00 €	12,00 €
Kinder & Jugendliche bis 16 Jahre	1,50 €	18,00 €
Mindestmarke ab 16 Jahre	2,50 €	30,00 €
Jugendliche ab 16, Auszubildende, Studierende, sowie Bezieher*innen von Transferleistungen	4,00 €	48,00€
Teilverdiener*innen	5,00 €	60,00 €
Vollverdiener*innen	10,00 €	120,00 €

(Alle Beiträge zuzüglich eines Solidaritätsbeitrags, der selbst wählbar ist ab mindestens 1,00 € proJahr)

Ich möchte meinen Beitrag:

- per Dauerauftrag bezahlen, und zwar
 - vierteljährlich
 - jährlich
- widerruflich vom meinem Konto einziehen lassen
(Einzugsermächtigung und SEPA-Lastschriftmandat auf der Rückseite)

Mitgliedsbeiträge bitte auf folgendes Konto überweisen:

Sparkasse Herford
BLZ: 494 501 20
Konto: 132 177 924



Kreisverband Herford
Arndtstraße 6-8
33602 Bielefeld
0521 - 137 319

SJD - DIE FALKEN

Verwendungszweck: Mitgliedsbeitrag + Name

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 56 SJD 00000256011

Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die SJD-Die Falken, KV Herford widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die SJD-Die Falken, KV Herford, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SJD-Die Falken, KV Herford auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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*in)*

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort:

Kreditinstitut Name und BIC

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift