



**Faustkämpfer  
Köln-Kalk**

**Faustkämpfer Köln-Kalk 1951 e.V.**  
 Neptunplatz 21, 50823 Köln-Ehrenfeld  
 IBAN: DE87 3705 0198 1930 0802 11  
 Gläubiger-Identifikationsnummer: DE54ZZZ00000422208  
 E-Mail: [faustkaempferkoelnkalk@outlook.de](mailto:faustkaempferkoelnkalk@outlook.de)



**Mitgliedsantrag**

<p><b>Antragsteller/in</b></p> <p><input type="checkbox"/> Herr oder <input type="checkbox"/> Frau</p> <p>Familienname: <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>Vorname: <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>Geburtsdatum: <input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/></p> <p>STR., PLZ, ORT: <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>Telefon: <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>E-Mail: <input style="width: 30%;" type="text"/> @ <input style="width: 30%;" type="text"/></p>	<p><b>Erziehungsberechtigter oder abweich. Konto Inh.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Herr oder <input type="checkbox"/> Frau</p> <p>Familienname: <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>Vorname: <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>Geburtsdatum: <input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/></p> <p>PLZ, Wohnort: <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>Telefon: <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>E-Mail: <input style="width: 30%;" type="text"/> @ <input style="width: 30%;" type="text"/></p>
---	--

Mit Abgabe der E-Mail Adresse stimmen Sie dem Versand von Rechnungen zu. Mit Abgabe der E-Mail Adresse stimmen Sie dem Versand von Rechnungen zu.

**Mitgliedsbeiträge (Bearbeitungsgebühr bei Anmeldung einmalig: 10 €)**

Kinder & Jugendliche bis 18 Jahre: 15,00 € / Monat      Erwachsene (Hobby) ab 18 Jahre: 30,00 € / Monat

**Mitgliedsantrag**

Ich erkläre hiermit meinen Wunsch zum Vereinsbeitritt Faustkämpfer Köln-Kalk 1951 e.V. **Die Kündigungsfrist beträgt für Mitglieder 3 Monate zum Monatsende. Der Antragsteller kann sich bis 14 Tage nach dem Antrag ohne Angabe von Gründen vom Antrag zurücktreten.** Der Antragssteller/-in oder der Erziehungsberechtigte erklärt, dass er/sie gesetzlich oder privat krankenversichert ist und er/sie erklärt sich bereit, unverzüglich zu melden, wenn er/sie keinen Versicherungsschutz mehr hat.

Krankenversicherung:       Krankenvers. Nr.:

**Unterschrift Antragsteller/in**

**SEPA-Basis-Lastschrift-Mandat** (Erziehungsberechtigter/-e bei Minderjährigen)

Ich ermächtige (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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. Rückbuchungskosten durch Wechsel der Kontoverbindung trägt der hier aufgeführte Kontoinhaber/in. Eigene Überweisungen sind nicht zulässig. Rückbuchungskosten trägt ebenfalls der hier aufgeführte Kontoinhaber.

**IBAN: DE**

**BIC:**

**Datum**

**Ort**

**Unterschrift Kontoinhaber**