

Beitrittserklärung

Hiermit trete ich der KjG-Pfarrgemeinschaft _____
im KjG-Diözesanverband Paderborn e. V. bei und erkenne die Grundlagen und Ziele der KjG an.

Name, Vorname

E-Mail

Straße, Hausnummer

Telefon

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

Die Mitgliedschaft verlängert sich automatisch um ein Jahr, wenn sie nicht bis zum 31.12. des jeweils laufenden Jahres gekündigt worden ist.

Datum, Unterschrift des Mitglieds

bei Minderjährigen zusätzlich die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Der Jahresbeitrag beträgt zurzeit:

Kinder	(bis 13 Jahre)	33,- €	<input type="radio"/>
Jugendliche	(14-17 Jahre)	36,- €	<input type="radio"/>
Junge Erwachsene	(über 18 Jahren)	39,- €	<input type="radio"/>

Für das dritte und alle folgenden Kinder unter 23 Jahren pro Familie wird anstatt des oben genannten Beitrags ein Geschwisterbeitrag in Höhe von 1,00 € erhoben.

Bestätigung (von der Pfarrleitung auszufüllen)

Die KjG-Pfarrgemeinschaft _____ bestätigt die Mitgliedschaft von

Name, Vorname

Das KjG-Mitglied erhält von uns folgende Merkmale: _____

- Das KjG-Mitglied erfüllt die Voraussetzungen für den Sozialbeitrag
- Das KjG-Mitglied erfüllt die Voraussetzung für den Geschwisterbeitrag. Folgende Geschwisterkinder sind ebenfalls Mitglieder unserer KjG-Pfarrgemeinschaft:

Name, Vorname, Alter

Name, Vorname, Alter

Name, Vorname, Alter

Ort, Datum, Unterschrift KjG-Verantwortliche/r

Stempel KjG-Ortsgruppe (wenn vorhanden)

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger:

KjG-Diözesanverband Paderborn
Leostraße 21
33098 Paderborn

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE10ZZZ00000391766

Mandatsreferenz: Beitrag NN

Ich ermächtige den KjG-Diözesanverband Paderborn e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Mit dieser Einzugsermächtigung weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem KjG-Diözesanverband Paderborn auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Beitragseinzug findet zum 02.03. eines jeweiligen Jahres statt. Änderungen werden auf der Homepage bekannt gegeben.

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.

Kontoinhaber/in _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Ort _____

Kreditinstitut _____

Konto-Nummer _____

Bankleitzahl _____

BIC _____

IBAN _____

Sollte sich die Bankverbindung ändern, teile ich dies unverzüglich mit.

Ort, Datum, Unterschrift