

# Trans-SH e.V.

Karlsbaderstraße 6  
24146 Kiel  
Tel.: 0431/70578852  
Fax: 0431/2605445  
trans-sh@t-online.de



## Mitgliedsantrag

Wir freuen uns, dass **Du Dich** dazu entschieden hast, **Trans-SH e.V.** beizutreten.  
Dazu müsstest du bitte noch das folgende Formular vollständig ausfüllen.

### PERSONENDATEN

Name:	_____	Vorname:	_____
Straße:	_____	Nr.:	_____
PLZ:	_____	Ort:	_____
Telefon:	_____	Mobiltelefon:	_____
E-Mail:	_____		
Geburtsdatum:	_____	Eintritt (Datum):	_____

Mit dieser Erklärung trete ich dem **VEREIN Trans-SH e.V.** bei. Durch den Beitritt entstehen gegenüber **Trans-SH e.V.** keinerlei finanzielle, materielle sowie sonstige Forderungsansprüche. Die Mitgliedschaft kann jederzeit gekündigt werden, unter Einhaltung der in der Satzung geregelten Fristen. Eine Rückerstattung von bereits gezahlten Beträgen ist nicht möglich.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift (Bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

### Beitrag

Beitrag 60,00€ <input type="checkbox"/>	Fördermitglied 120,00€ <input type="checkbox"/>	Ermäßigter Beitrag (Sozialbeitrag) 24,00 € <input type="checkbox"/>
¼ jährlich <input type="checkbox"/>	½ jährlich <input type="checkbox"/>	jährlich <input type="checkbox"/>

Zahlungsweise (zutreffendes bitte ankreuzen): Lastschriftinzug:  Überweisung:

Hiermit ermächtige ich **VEREIN** den Jahresbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ €  
¼ jährlich  ½ jährlich  jährlich   
im Voraus zu Lasten meines Kontos bis auf Widerruf einzuziehen:

Kontonummer:	_____
Bankleitzahl:	_____
Kreditinstitut:	_____
IBAN:	_____
BIC:	_____

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber (Druckbuchstaben)