



# ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsdatum, Beruf

Telefon, Fax

E-Mail:

Einzelmitgliedschaft (99 € / Jahr)  Aktive Mitglieder (99,- / Jahr)  
(ab 1. Juli 2019: 120,- / Jahr)

Familienmitgliedschaft (200 € / Jahr)

Mitgliedschaft zum  Ort, Datum

**Eigenhändige Unterschrift**   
(Bei Minderjährigen, die des gesetzlichen Vertreters)

## SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger Identifikationsnummer: DE84ZZZ00000478219  
Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Hiermit ermächtige ich den KSV Hessen Kassel e.V. widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom KSV Hessen Kassel e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung.

## Hinweis:

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

Name, Vorname des Kontoinhabers

IBAN

Bitte in leserlichen Druckbuchstaben ausfüllen.

BIC

Kreditinstitut

**Eigenhändige Unterschrift**   
(Bei Minderjährigen, die des gesetzlichen Vertreters)

**\*Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen gelesen und stimme diesen zu.**

Bitte beachten Sie unsere Datenschutzhinweise und die AGB: Wir verarbeiten Ihre Daten ausschließlich zum Zwecke der Erstellung und Bearbeitung Ihrer Mitgliedschaft.