

# Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Kölner Lesben- und Schwulentag e.V. (KLuST)

|      |         |
|------|---------|
| Name | Vorname |
|------|---------|

oder

|  |
|--|
| Firma/Verein/Institution (bei juristischen Personen) |
| Ansprechpartner*in                                   |

|                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| Straße / Hausnummer | Postleitzahl / Ort |
| Telefon / Mobil     | E-Mailadresse      |

Deine personenbezogenen Daten werden vom Kölner Lesben- und Schwulentag e.V. (KLuST) ausschließlich im Sinne geltender Datenschutzgesetze und Bestimmungen gespeichert und verwendet. Ein Widerruf der Datennutzung ist jederzeit formlos an die unten genannte Anschrift erklärbar. An deine Emailadresse senden wir dir die Bestätigung deines Antrags sowie die Einladungen zu den Mitgliederversammlungen. Zudem informieren wir unsere Mitglieder über Neuigkeiten.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden.  JA  NEIN

|  |  |
|--|--|
| <b>Mitgliedsbeitrag</b><br><input type="checkbox"/> <b>48,00 Euro</b> für Privatpersonen<br><input type="checkbox"/> <b>24,00 Euro</b> Schüler, Studierende, Auszubildende, ALG2-Empfänger*innen *)<br><input type="checkbox"/> <b>120,00 Euro</b> Gemeinnützige juristische Personen ohne Gewinnerzielungsabsichten und politische Parteien<br><input type="checkbox"/> <b>120,00 Euro</b> Sonstige (ab 01.01.2020 beträgt der Beitrag 200,00 Euro)<br>*) ein Nachweis ist erforderlich | <b>Der Beitrag ist jährlich jeweils zum 1. Januar eines Jahres fällig.</b><br><b>Neue Mitglieder haben unabhängig vom Datum ihres Eintritts in den Verein den Jahresbeitrag sofort und in voller Höhe zu entrichten.</b> |
|--|--|

## SEPA-Lastschriftmandat

|   |  |
|---|--|
| <b>Zahlungsempfänger*in:</b><br>Kölner Lesben und Schwulentag e.V.   Beethovenstr. 1   50674 Köln |  |
| <b>Gläubiger-Identifikationsnummer</b><br>DE02ZZZ00000880208                                      | <b>Mandatsreferenz</b><br>Wird nach Ausstellung mitgeteilt |
| <b>Kreditinstitut</b>   | <b>BIC</b>   |
| <b>IBAN</b>   |  |

|   |                           |
|---|---------------------------|
| <b>Kontoinhaber*in (sofern Abweichend der*des Antragsteller*in)</b> |                           |
| <b>Straße / Hausnummer</b>  | <b>Postleitzahl / Ort</b> |

Wiederkehrende Zahlung  Einmalige Zahlung

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

|  |  |
|--|--|
| <b>Datum / Ort / Unterschrift der*des Antragsteller*in</b> | <b>Datum / Ort / Unterschrift der*des Kontoinhaber*in</b><br>Falls abweichend der*des Antragsteller*in |
|--|--|

Du bist unter 18 Jahre? Dann benötigen wir die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters