

# Nickenicher Carneval Verein 1959 e.V.

## Anmeldung

- Hiermit beantrage ich für mich  
 Hiermit beantrage ich/wir für unsere Tochter/ unseren Sohn

die Aufnahme in den Nickenicher Carneval Verein 1959 e.V.

Frau     Herr

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beitritt: \_\_\_\_\_ Tanzgruppe: \_\_\_\_\_

Zahlungsart: Lastschrift \_\_ bar\_\_ Überweisung \_\_

Der Mitgliedsbeitrag in Höhe von 12 EUR ist jährlich zum 15. November fällig.  
Jugendliche bis zum vollendeten 16. Lebensjahr zahlen keinen Mitgliedsbeitrag.

Die Vereinsmitgliedschaft endet mit der Austrittserklärung. Diese hat schriftlich gegenüber dem Vorstand zu erfolgen.

„Der Nickenicher Carneval Verein 1959 e.V. erhebt, nutzt und verarbeitet die erhobenen personenbezogenen Daten ausschließlich im Rahmen der datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Mit Unterzeichnung des Aufnahmeantrags erteile ich/ erteilen wir meine/ unsere Einwilligung zur Erhebung, Nutzung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten / der personenbezogenen Daten unserer Tochter/ unseres Sohnes.“

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

**Anmeldungen bitte abgeben bei:**

***Kathrin Kill, Plaidterstraße 18, 56645 Nickenich***

***Marco Bonn, Rauscherstraße 5, 56645 Nickenich***

***Yvonne Stollenwerk, Bürresheimer Straße 3, 56645 Nickenich***

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates

Die Entrichtung des Beitrags erfolgt durch Bankeinzug jährlich zum 15. November

Zahlungsempfänger: Nickenicher Carneval Verein 1959 e.V.  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE40ZZZ00001294587  
Mandatsreferenz: = Mitgliedsnummer des neuen Vereinsmitglieds

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den Nickenicher Carneval Verein 1959 e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Nickenicher Carneval Verein 1959 e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

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

Vor- und Nachname des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift