



Spaß und Freude am Karneval in Guxhagen

## Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur Karnevalsgesellschaft Guxhagen BLAUE FUNKEN 1962 e. V. (kurz: KGG) mit Wirkung vom ..... Die Satzung und Geschäftsordnung (erhältlich beim Vorstand) erkenne ich an.

Vorname: ..... Nachname:..... Geburtsdatum: .....

Straße:..... PLZ:..... Ort : .....

Telefon:..... Handy:..... E-Mail: .....

Beruf: ..... Familienstand:  ledig  verheiratet seit: .....

### **Zustimmung zur Bildveröffentlichung**

Die Karnevalsgesellschaft Blaue Funken Guxhagen 1962 e.V. ist im Hinblick auf ihre Öffentlichkeitsarbeit auf mediale Präsenz angewiesen. Zur Veranschaulichung der Arbeit an und in unserem Verein bedarf es immer wieder auch der Veröffentlichung von Fotografien oder gefilmten Szenen bei Auftritten, Umzügen und dergleichen.

Ich gebe meine Zustimmung, dass mein Bild/das Bild meines Kindes in Zukunft ohne weitere Rücksprache mit uns

(  ) auf der Homepage der KGG Blaue Funken Guxhagen 1962 e.V. veröffentlicht werden darf.

(  ) an Infoständen, in Printmedien, Präsentationsmappen und dergl. verwendet werden darf.

(  ) mit Namensnennung (Einzelvorstellung der Mitglieder und/oder der Mannschaften)

Bitte ( Ja), wenn Sie Zustimmung erteilen; bitte ( Nein), wenn Sie Zustimmung nicht erteilen.

Ohne Angabe bedeutet: ZUSTIMMUNG zu allen Punkten.

Die Daten werden ausschliesslich für die Vereinsarbeit verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.

Bei Eintrittsalter unter 18 Jahre ist Unterschrift des gesetzlichen Erziehungsberechtigten erforderlich!

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitgliedes

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten (bei Kinder unter 18 J)

### **SEPA-Lastschriftmandat**

Zahlungsempfänger: Karnevalsgesellschaft Guxhagen BLAUE FUNKEN 1962 e. V.(KGG)

**Mandatsreferenz:** Mitgliedsnummer wird noch zugeteilt, **Gläubiger-ID:** DE62ZZZ00000286749

Ich ermächtige die KGG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der KGG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung/ jährlich zum 01.04. Dieses Lastschriftmandat gilt für die o.g. Mitgliedschaft.

Kontonummer IBAN: DE \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ Bankleitzahl BIC: \_ \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers/bzw. Erziehungsberechtigten

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitgliedes

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten (bei Kinder unter 18 J)