



Antrag auf Mitgliedschaft bei den Falken

Aufnahmeantrag für:

Name _____ Vorname _____

Geb.-Datum ____ . ____ . ____ Telefon _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

eMail _____

in den Newsletter eintragen

Hiermit stelle ich den Antrag, Mitglied der Sozialistischen Jugend Deutschlands – Die Falken im Kreisverband Oberhausen zu werden.

Mitgliedsbeitrag (bitte selbst einstufen und ankreuzen):

	Monatsbeitrag in €	Jahresbeitrag in €
<input type="radio"/> Kinder bis 16 Jahre	1,50	18,00
<input type="radio"/> <i>Kinder bis 16 Jahre: Mindestbeitrag*</i>	<i>1,00</i>	<i>12,00</i>
<input type="radio"/> Jugendliche ab 16 Jahren, Azubis, Studierende, Bezieher*innen von Transferleistungen	4,00	48,00
<input type="radio"/> <i>Jugendliche ab 16 Jahren: Mindestbeitrag*</i>	<i>2,50</i>	<i>30,00</i>
<input type="radio"/> Teilverdiener*innen	5,00	60,00
<input type="radio"/> Vollverdiener*innen	10,00	120,00

**) bei prekärer Finanzsituation ist es möglich, einen ermäßigten Beitrag zu bezahlen*

Hinzu kommt die **internationale Solidaritätsmarke in Höhe von 1,00 € pro Jahr** sowie die **Solidaritätsfondsmarke** für den Aufbau von Falkenarbeit in Höhe von (bitte ankreuzen):

- „13. Monatsmarke“, d.h. gleich hoch wie ein Monatsbeitrag
- Wunschbetrag (bitte eintragen, min. 1,00 €):** _____

(Beispiel: ein*e Teilverdiener*in mit 60,00 € Mitgliedsbeitrag, 1,00 € internationaler Solidaritätsmarke und 5,00 € Solidaritätsfondsmarke zahlt insgesamt 66,00 € Jahresbeitrag)

Ich zahle (bitte ankreuzen):

- per SEPA-Lastschriftmandat (umseitig, bitte ausfüllen)**
- bar**

Ort, Datum

Unterschrift des Mitgliedes
(bei Minderjährigen: der Eltern)



SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die Sozialistische Jugend Deutschlands – Die Falken, Kreisverband Oberhausen, Gläubiger-ID DE74ZZZ00000690732, den Jahresbeitrag für die Mitgliedschaft bei den Falken von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von den Falken auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber*in:

Name _____ Vorname _____

IBAN DE _ _ - - - - - - - - - -

BIC _ - - - - - - - - - - Bank _____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber*in