



## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Eintritt in den Verein „Sternwarte St. Andreasberg e. V.“ zum

**Beitrittsdatum:**

**Name, Vorname:**

Straße, Nummer:

PLZ, Ort:

E-Mail:

Telefon/Mobil:

Geburtsdatum:

### Typ der Mitgliedschaft:

- |  |                      |
|--|----------------------|
| <input type="radio"/> Kinder bis Vollendung 7. Lebensjahr*   | befreit              |
| <input type="radio"/> Schüler und Jugendliche (7–18 Jahre)*  | 10,00 Euro jährlich  |
| <input type="radio"/> Azubis/ Studenten/ Rentner/ Schwerbeh. | 40,00 Euro jährlich  |
| <input type="radio"/> Einzelmitglieder                       | 75,00 Euro jährlich  |
| <input type="radio"/> Familien/ Lebensgemeinschaften**       | 105,00 Euro jährlich |
| <input type="radio"/> Körperschaften                         | 200,00 Euro jährlich |
| <input type="radio"/> Fördermitglieder                       | 200,00 Euro jährlich |
| <input type="radio"/> Ehrenmitglieder                        | befreit              |
| <input type="radio"/> Korrespondierende Mitglieder           | befreit              |

\*) Einzelmitgliedschaften unter 18 Jahren bedürfen der schriftlichen Zustimmung des/der gesetzlichen Vertreter/s.

\*\*) Weitere Familienmitglieder sind auf der folgenden Seite anzugeben.

Die bis zum 30.06. des laufenden Jahres eintretenden Mitglieder entrichten den Beitrag für das ganze Jahr. Ab dem 01.07. wird ein halber Beitrag erhoben.

Der Einstufung liegt die Beitragsordnung gem. Änderungsbeschluss der Jahreshauptversammlung vom 19. September 2021 zugrunde, sie tritt zum 01.01.2022 in Kraft.

X

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

X

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift der/des ges. Vertreters



## SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz wird von uns vergeben.

Ich ermächtige die Sternwarte Sankt Andreasberg e.V. den oben angekreuzten Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Sternwarte Sankt Andreasberg e. V. 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.

Vor- und Nachname(Kontoinhaber):	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort:	
IBAN:	
BIC (8 oder 11 Stellen):	

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Zahlungsinstitutes (s. o.) keine Verpflichtung zur Einlösung. Kosten, die hierdurch oder durch ein Versäumnis meinerseits anfallen, gehen zu meinen Lasten.

**X**

Ort, Datum, Unterschrift

---

Nur für Familien/ Lebensgemeinschaften auszufüllen.

*Die Familienmitgliedschaft umfasst Ehe- und Lebenspartner und deren Kinder unter 18 Jahren.*

*Die Namen tragen Sie bitte in diese Liste ein.*

	Name	Vorname	Geburtsdatum
Erwachsener	<i>Siehe Antragsteller</i>	<i>Siehe Antragsteller</i>	<i>Siehe Antragsteller</i>
Erwachsener			
Kind			
Kind			
Kind			
Kind			
Kind			
Kind			