



(Bitte leserlich und in Großbuchstaben ausfüllen)

<b>1) Persönliche Daten (Hauptmitglied)</b>		<input type="checkbox"/> Aktives Mitglied / <input type="checkbox"/> Förder Mitglied
Vorname: _____	Pass/Ausweis-Nr. - : _____	
Name: _____	Familienstand: _____	
Akad. Titel: _____		
Namen der Eltern : _____	Ausübender Beruf: _____	
Geburtsort : _____	Sprachen: Bosnisch: <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> mittelstufe <input type="checkbox"/> grundlagen	
Geburtsdatum: _____	Deutsch: <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> mittelstufe <input type="checkbox"/> grundlagen	
Nationalität: <input type="checkbox"/> Bosnisch-herzegowinisch <input type="checkbox"/> Deutsch	Englisch: <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> mittelstufe <input type="checkbox"/> grundlagen	
<input type="checkbox"/> Andere _____	Andere: _____	

<b>1) Persönliche Daten (Zusatzmitglied)</b>		<input type="checkbox"/> Aktives Mitglied / <input type="checkbox"/> Förder Mitglied
Vorname: _____	Pass/Ausweis-Nr. - : _____	
Name: _____	Familienstand: _____	
Geburtsname: _____		
Akad. Titel: _____	Ausübender Beruf: _____	
Namen der Eltern : _____	Sprachen: Bosnisch: <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> mittelstufe <input type="checkbox"/> grundlagen	
Geburtsort : _____	Deutsch: <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> mittelstufe <input type="checkbox"/> grundlagen	
Geburtsdatum: _____	Englisch: <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> mittelstufe <input type="checkbox"/> grundlagen	
Nationalität : <input type="checkbox"/> Bosnisch-herzegowinisch <input type="checkbox"/> Deutsch	Andere: _____	
<input type="checkbox"/> Andere _____		

<b>3) Adress- und Kontaktangaben</b>	
PLZ: _____	Ort: _____
Straße und Hausnummer: _____	
Tel./Mobile-Nr.: _____	E-Mail: _____

<b>4) Anzumeldende Kinder unter 18 Jahre</b> (für weitere Kinder bitte zweites Formular benutzen)			
Vor- und Nachname :	Geburtsort:	Geburtsdatum:	Geschlecht
1. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Männl. <input type="checkbox"/> Weibl.
2. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Männl. <input type="checkbox"/> Weibl.
3. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Männl. <input type="checkbox"/> Weibl.

<b>5) Mitgliedsbeiträge</b>	
<input type="checkbox"/> Familie 25€ (2xStimme), <input type="checkbox"/> Familie 20€ (1xStimme), <input type="checkbox"/> Eine Person 15€ (1xStimme)	
<input type="checkbox"/> Schüler, Student, Rentner 10€ (1xStimme), <input type="checkbox"/> Passives Mitglied 5€	
<input type="checkbox"/> Ich leiste, wiederruflich, monatliche Zuwendung in Höhe von: _____ EUR	
<input type="checkbox"/> Ich bin bereit, den Verein in folgenden Bereichen tatkräftig zu unterstützen: _____	
(z.B. EDV, Organisation ver. Feste, techn. Unterst.) _____	

Mit untenstehender Unterschrift bestätigt der Antragsteller, dass er/sie die Ziele und die Satzung des BKC/IGBD Witten e.V. anerkennt. Die Erhobene Daten werden ausschließlich zu internen Verwaltungszwecken verwendet und nicht an Dritte weitergegeben. Sa svojim potpisom podnosilac zahtjeva prihvata statut BKC/IGBD Witten e. V.. Prikupljeni personalni podaci se koriste isključivo za interne potrebe i neće biti proslijeđivani trećima.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

## Erteilung eines SEPA-Lastschrift Mandats (S.2)

oder Dauerauftrag bei Ihrer Bank einrichten.  
Unserer Bankdaten findet Sie auf [www.bkc-witten.de](http://www.bkc-witten.de)

Zahlungsempfänger: <b>BKC Witten e.V. (IGBD-Witten)</b> <b>Breite Str. 5</b> <b>58452 Witten</b>
Gläubiger-Identifikationsnummer: Mandatsreferenz: Mitgliedsbeitrag
Zahlungsart: <input type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung
Abbuchung bitte zum <input type="checkbox"/> 1-ten <input type="checkbox"/> 15-ten des Monats durchführen.

Ich/Wir ermächtige(n) BKC Witten e.V., Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleichweise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom BKC Witten e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname - Kontoinhaber:
Straße/Nr.:
PLZ/Ort:
Name der Bank: IBAN: BIC:

Ort und Datum:	Unterschrift(en):
----------------	-------------------

Notiz an Vorstand:

---

---