

Familienzentrum Neumarkt e.V.

Badstraße 96
92318 Neumarkt
Tel.: 09181/509771
Home: www.familienzentrum-neumarkt.de
E-Mail: info@familienzentrum-neumarkt.de



Aufnahmeantrag

Stand Januar 2026

Mitgliedsnummer _____

Ich beantrage die Aufnahme in das Familienzentrum Neumarkt e. V. als

- | | |
|--|---|
| ☐ Familie (Rabatt für alle eingetragenen Familienmitglieder) | ☐ Fördermitglied |
| ☐ Einzelperson (Rabatt nur für volljähriges Hauptmitglied) | ☐ Firma |

Firma _____

Hauptmitglied: Name* _____ Vorname* _____

Straße* _____ PLZ*, Wohnort* _____

Telefon* _____ Geburtstag* _____ Staatsangehörigkeit _____

E-Mail* _____ Beruf: _____

Familienmitglieder: ☐ Ich bin alleinerziehend

Partner: Name* _____ Geburtstag* _____ Beruf: _____

Kinder: Name* _____ Geburtstag* _____

Name* _____ Geburtstag* _____

Name* _____ Geburtstag* _____

Änderungen bei den * verpflichtenden Angaben teilen Sie uns bitte zeitnah mit!

Mindest-Jahresbeitrag: Einzelperson: **25€** - Familien: **40€** - Alleinerziehende: **35€**

Fördermitgliedschaft: **15€**

Freiwillig höherer Beitrag: _____ €

Neumarkt, den _____

Unterschrift des Antragstellers

Mir ist bekannt, dass ein Austritt aus dem Verein nur 3 Monate zum Jahresende (31.12.) und nur schriftlich erfolgen kann. Die Kündigung muss bis zum 30.9. im Familienzentrum eingegangen sein. Gemäß DSGVO weisen wir darauf hin, dass wir über Sie als Mitglied zweckgebunden personenbezogene Daten speichern und Ihre Bankdaten zur Bearbeitung an die Raiffeisenbank NM weiterleiten. Die Einladung zur Mitglieder-Jahreshauptversammlung erfolgt ausschließlich per E-Mail und Aushang im Familienzentrum.

- Da Mitgliedsbeiträge nur durch Bankeinzug bezahlt werden können, füllen Sie bitte auch das umseitige SEPA-Lastschriftmandat aus.
- Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich am 05.05. bzw. im 1. Mitgliedsjahr bei Eintritt nach dem 1.5. des Jahres am 11.11. oder am darauffolgenden Werktag per Lastschrift eingezogen.

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE12ZZZ00000279695

Mandatsreferenz: *wird im Begrüßungsbrief mitgeteilt*

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) das Familienzentrum Neumarkt e.V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zu diesem Zweck werden meine Kontodaten zur Bearbeitung an die Bank weitergeleitet. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom Familienzentrum Neumarkt e. V. auf mein (unser) Konto gezogen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC) oder BLZ

IBAN oder Kontonummer

Datum, Ort und Unterschrift

Mit dieser Unterschrift erklären Sie sich gleichzeitig damit einverstanden, dass wir zweckgebunden Ihre personenbezogenen Daten speichern.