



AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in Lat-IN Asociación Latinoamericana en Ingolstadt e.V.

Name, Vorname:

Geburtsdatum und -ort:

Nationalität:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Wohnort:

Telefon / Handy:

E-Mail:

Jahresbeitrag (bitte ankreuzen)

- | | |
|--|------|
| <input type="checkbox"/> Einzelperson | € 24 |
| <input type="checkbox"/> Familie* (Antragsteller*in, Partner*in und Kinder) | € 36 |
| <input type="checkbox"/> Ermäßigte (Studierende, Auszubildenden, Personen mit Behinderung) | € 12 |

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die „[Satzung](#)“ sowie die Vereinsordnungen einschließlich der Beitragsordnung sowie die jeweils gültigen Beitragssätze ausdrücklich an.

Das „[Merkblatt Datenschutz](#)“ (Informationspflichten nach Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung) habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

(Ort, Datum, Unterschrift)

* Bei Familienanträgen bitte Anhang ausfüllen



www.lat-in.de
info@lat-in.de
Postfach: 10 06 01
85006, Ingolstadt
Sparkasse Ingolstadt
IBAN: DE61721500000054136296
BIC: BYLADEM1ING

Anhang für Familien

Mitglied 2

Name, Vorname:

Geburtsdatum und -ort:

Nationalität:

Telefon / Handy:

E-Mail:

Mitglied 3

Name, Vorname:

Geburtsdatum und -ort:

Nationalität:

Telefon / Handy:

E-Mail:

Mitglied 4

Name, Vorname:

Geburtsdatum und -ort:

Nationalität:

Telefon / Handy:

E-Mail:

Mitglied 5

Name, Vorname:

Geburtsdatum und -ort:

Nationalität:

Telefon / Handy:

E-Mail:



www.lat-in.de
info@lat-in.de
Postfach: 10 06 01
85006, Ingolstadt
Sparkasse Ingolstadt
IBAN: DE6172150000054136296
BIC: BYLADEM1ING

Zahlungsweise

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Lat-IN Asociación Latinoamericana en Ingolstadt e.V.
Postfach 100601 / Gläubiger-Identifikationsnummer DE52ZZZ00002296672
Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Verein Lat-IN Asociación Latinoamericana en Ingolstadt e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Bankinstitut an, die vom Lat-IN Asociación Latinoamericana en Ingolstadt e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einmal im Jahr 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlungen

Name, Vorname (Kontoinhaber):

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Wohnort:

IBAN:

Bank (Name):

BIC:

Ort, Datum:

Unterschrift: