

CSD Kassel e.V.
Motzstr. 1

per Telefax 0561 766 7925

34117 Kassel

Mitgliedschaft

Ich beantrage, beim CSD Kassel e.V. als Mitglied aufgenommen zu werden.

Name, Vorname Geburtsdatum

Strasse, Nr.

PLZ, Wohnort

Telefon ggf. Telefon an der Arbeitsstelle

e-mail Handy

Der Mitgliedsbeitrag beträgt
für Verdiener + Rentner:
für Nichtverdiener(ALG1+2):
für Schüler + Studenten:
für juristische Personen:

mindestens: 36,-- € pro Jahr
mindestens: 24,-- € pro Jahr
mindestens: 12,-- € pro Jahr
mindestens: 150;-- € pro Jahr

Ich lege meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag auf _____ € jährlich fest.

Ich ermächtige den CSD Kassel e.V. den Betrag von meinem Konto
jährlich einzuziehen:

Name und Sitz der Bank: _____

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

Kontoinhaber: _____

Ort, Datum

Unterschrift

CSD Kassel e.V.
Motzstr. 1
34117 Kassel

Amtsgericht Kassel
VR 4594
info@csd-kassel.de

Kasseler Sparkasse
Kto 11806701
BLZ 520 503 53