Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Cologne Pride e.V.

Name	**Vorname**
oder Firma/Verein/Institution (bei juristischen Personen)	
Ansprechperson	
Straße und Hausnummer	**Postleitzahl und Ort**
Telefon / Mobil	**Geburtsdatum**
E-Mail	

Deine personenbezogenen Daten werden vom CologneP ride e.V. ausschließlich im Sinne geltender Datenschutzgesetze und Bestimmungen gespeichert und verwendet. Ein Widerruf der Datennutzung ist jederzeit formlos an die unten genannte Anschrift erklärbar. An deine Emailadresse senden wir dir die Bestätigung deines Antrags sowie die Einladungen zu den Mitgliederversammlungen. Zudem informieren wir unsere Mitglieder über Neuigkeiten.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden. ☒ **JA** ☐ **NEIN**

Jährlicher Mitgliedsbeitrag ☐ **60,00 €** für Privatpersonen ☐ **30,00 €** Schüler*innen, Studierende, Auszubildende, ALG2-Empfänger*innen ***)** ein Nachweis ist erforderlich ☐ **120,00 €** Gemeinnützige juristische Personen ohne Gewinnerzielungsabsichten und politische Parteien ☐ **200,00 €** Sonstige ☐ _____ **€** Fördermitgliedschaft (freiwillig gewählter Beitrag, mindestens jedoch 100,00 €)	Der Beitrag ist jährlich jeweils zum 1. Januar eines Jahres fällig. Neue Mitglieder haben unabhängig vom Datum ihres Eintritts in den Verein den Jahresbeitrag sofort und in voller Höhe zu entrichten. Die Satzung des Vereins sowie die Beitragsordnung findest du auf www.colognepride.de

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: CologneP ride e.V. | Kleiner Griechenmarkt 81 | 50676 Köln	
Gläubiger-Identifikationsnummer DE02ZZZ00000880208	**Mandatsreferenz** Wird separat im Verwendungszweck der Buchung mitgeteilt
Kreditinstitut	**BIC**
IBAN	

Kontoinhabende Person (sofern abweichend der antragstellenden Person)	
Straße / Hausnummer	**Postleitzahl / Ort**

☒ **Wiederkehrende Zahlung** ☐ **Einmalige Zahlung**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen 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.

Ort/Datum/Stempel | Unterschrift der antragstellenden Person	**Datum / Ort / Unterschrift der kontoinhabenden Person** Falls abweichend der antragstellenden Person

Du bist unter 18 Jahre? Dann benötigen wir die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Ausfüllen und einsenden an den:
CologneP ride e.V. | Kleiner Griechenmarkt 81 | 50676 Köln
office@colognepride.de

Aufnahme am

Mitgliedsnummer MIT-