



KREUZBUND

Aufnahmeantrag

Bitte über die Gruppe an den Diözesanverband weiterleiten.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Kreuzbund.

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Geb.-Dat.:

E-Mail:

**Beginn der
Mitgliedschaft:**

**mit Datum und Unterschrift
des Antrages**

**Ich habe die Satzung des Kreuzbund e.V. zur Kenntnis
genommen und erkenne sie in der jeweils gültigen Fassung hiermit an.**
(www.kreuzbund.de/de/downloads.html - unter Grundsatztexte)

Datum:

Unterschrift:
(Mitglied)

Datum:

Unterschrift/Stempel:
(Gruppenleitung)

Mitgliedsbeitrag

Einzelmitgliedsbeitrag pro Jahr (Stand: 2017)	54,00 €
ggf. Beitrag Stadt- bzw. Kreisverband	

Mitgliedsbeitrag gesamt

Zahlungsrhythmus: jährlich **Zahlweise:** (Lastschriftzahlung: gesondertes Blatt)

Unbedingt Formular „Datenschutzerklärung“ beifügen !!