|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Beitrittserklärung** Zutreffendes bitte ankreuzen oder deutlich lesbar ausfüllen! Weiter/zurück, jeweils mit „Shift/TAB“.  Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur **Sektion Regensburg** der Jumelages Européens PTT e.V., Verband für Partnerschaften des europäischen Post- und Telekompersonals (JEPTT)   zum 01.       2022 Persönliche Daten | | |  |
| Familienname |  | Vorname | Geburtsdatum | |
|  |  |  |  | |
| Straße Hausnummer |  | Beruf | | |
|  |  |  | | |
| Postleitzahl Wohnort |  | Firma | | |
|  |  |  | | |
| Telefon privat: Rufnummer, Fax |  | Telefon dienstl.: Rufnummer, Fax | | |
|  |  |  | | |
| E-Mail privat |  | E-Mail dienstlich | | |
|  |  |  | | |

Fremdsprachenkenntnisse

keine  Französisch  Italienisch  Englisch

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zahlung des Mitgliedsbeitrages**

Der Mitgliedsbeitrag beträgt zur Zeit **jährlich 24,- Euro.** Er wird am Jahresbeginn in einer Summe von Ihrem Konto abgebucht. Für das Jahr des Beitritts ist ein voller Jahresbeitrag fällig, unabhängig vom Beitrittsdatum. Für den Einzug ist das untenstehende SEPA-Lastschriftmandat zwingend erforderlich!

**Hinweise**

Die Mitgliedschaft kann jeweils zum Jahresende gekündigt werden, wobei das Kündigungsschreiben der Sektion spätestens am 30. September vorliegen muss. Ihre persönlichen Daten werden von uns nur für die Mitgliederverwaltung elektronisch gespeichert und nicht an Dritte weitergegeben.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | Unterschrift des Mitglieds |
|  |  |  |

**SEPA-Lastschriftmandat mit späterer Mitteilung der Mandatsreferenz**

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE76 38Z 00000071157 Mandatsreferenz:** Wird gesondert mitgeteilt

Ich ermächtige die **JEPTT Sektion Regensburg** (Adresse s. unten), den Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der JEPTT Sektion Regensburg auf mein Konto gezogene Lastschrift 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.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name des Kontoinhabers |  | Straße, Haus-Nr. |  | PLZ |  | Ort |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Name des Kreditinstituts |
|  |

IBAN BIC

DE     

|\_\_\_\_|\_ \_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |\_ \_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_**|**\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bitte per Fax oder im frankierten Briefumschlag senden an:  **Jumelages Européens PTT - Sektion Regensburg - c/o Familie Kiener Kolpingstraße 1a 93173 Wenzenbach**  **Fax +49 3212 1025977** | ***Interne Vermerke***Geworben von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Eintrittsdatum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  O  A 1 In Mitgliederdatei aufnehmen \_\_\_\_\_\_\_  aktiv  2 Begrüßungsschreiben  Ruhestand 3 Beitragseinzug 4 Zur Ablage |  |