

## Mitteilung über Änderungen

Name  
Vorname

### Änderungen ergeben sich bezüglich:

Straße, Hausnummer  
PLZ Wohnort  
Geburtsdatum  
Telefon-Nr.  
E-Mail

### Jahresbeiträge *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

- |  |          |   |         |
|--|----------|---|---------|
| <input type="checkbox"/> Erwachsener                   | 180,00 € | <input type="checkbox"/> Studenten, Auszubildende | 80,00 € |
| <input type="checkbox"/> Rentner                       | 150,00 € | <input type="checkbox"/> Arbeitslose              | 80,00 € |
| <input type="checkbox"/> Vormittagstarif bis 14:00 Uhr | 120,00 € | <input type="checkbox"/> Kind bis 14 Jahre        | 50,00 € |
| <input type="checkbox"/> Jugendliche (15-18 Jahre)     | 80,00 €  | <input type="checkbox"/> Passives Mitglied        | 30,00 € |

### Angaben zum Familienbeitrag: *(Name, Vorname, Geburtsdatum)*

Ehepartner/Lebenspartner:  
Kind:  
Kind:

### SEPA-Lastschriftverfahrens

IBAN:	
Kreditinstitut:	
Kontoinhaber:	

### ab dem

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitglied/gesetzlicher Vertreter