



**Stadtverwaltung Groß-Umstadt**  
 Städtepartnerschaften  
 Markt 1  
 64823 Groß-Umstadt  
 Tel. 06078 781-243  
 Fax: 06078 781-226  
 staedtepartnerschaften@gross-umstadt.de



## Beitrittserklärung zum Verschwisterungskomitee der Stadt Groß-Umstadt

Hiermit erkläre ich den Beitritt zum **Verschwisterungskomitee der Stadt Groß-Umstadt**

### Persönliche Angaben

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname/n

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon, mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

### Jährlicher Mitgliedsbeitrag

|                                    |         |
|------------------------------------|---------|
| Erwachsene (pro Person)            | 18,-- € |
| Familie (Eltern und mind. 1 Kind*) | 36,-- € |
| Jugendliche ab 14 Jahren **        | 12,-- € |

\* frei bis zu Beginn des 14. Lebensjahres

\*\*bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, danach Erwachsenenbeitrag. Ausnahme nur gegen Nachweis.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers/Erziehungsberechtigten

### Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats zum wiederkehrenden Einzug des Mitgliedsbeitrags

**Kreditinstitut:** \_\_\_\_\_

**IBAN:** \_\_\_\_\_

**BIC:** \_\_\_\_\_

Ich ermächtige das Verschwisterungskomitee der Stadt Groß-Umstadt, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich meine Bank an, die vom Verschwisterungskomitee der Stadt Groß-Umstadt (Gläubiger-ID: DE50 ZZZ00000042622) auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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. Der Beitragseinzug erfolgt jährlich im Monat November.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers