



## Aufnahmeantrag

(Stand 05.10.2025)

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei MOVE Generations e.V.  
Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins sowie die Datenschutzerklärung an. Ich bin darüber informiert, dass meine personenbezogenen Daten gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verarbeitet werden.

Ich wünsche aktives Mitglied  / Fördermitglied  zu werden.

---

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

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

**Mitgliedsbeiträge:** Die Beitragserhebung erfolgt im Februar.  
Bei unterjährigem Eintritt werden Beiträge anteilmäßig erhoben.

Kinder bis 18 Jahre 48 €

Erwachsene 60 €

Fördermitglied 36 €

Der Wechsel von aktivem Mitglied auf Fördermitglied ist nur zum Jahreswechsel möglich.

---

Ich erkläre mich außerdem einverstanden, dass im Rahmen von Vereinsveranstaltungen angefertigte Fotos und Videos, auf denen ich erkennbar bin, durch den Verein für Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit verwendet werden dürfen. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ja, ich stimme der Veröffentlichung von Fotos und Videos zu.

Nein, ich stimme der Veröffentlichung von Fotos und Videos nicht zu.

Ort / Datum \_\_\_\_\_

---

Unterschrift des Mitgliedes  
(bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters)

Den ausgefüllten Aufnahmeantrag bitte an [mitglieder@move-generations.de](mailto:mitglieder@move-generations.de)



## Einzugsermächtigung von Mitgliedsbeiträgen durch SEPA-Lastschriftmandat

Gläubigeridentifikationsnummer      DE76ZZZ00002852147  
Mandatsreferenznummer                = MOVE+Mitgliedsnummer  
Zahlungsart:                                jährlich

---

Hiermit ermächtige(n) ich(wir) MOVE Generations e.V. Zahlungen zur Mitgliedschaft von meinem(unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise(n) ich(wir) mein(unser) Kreditinstitut an, die von MOVE Generations e.V. auf mein(unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.  
**Bei gebührenpflichtigen Rücklastschriften behalten wir uns vor, die angefallenen Gebühren weiter zu belasten.**

---

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Adresse des Kontoinhabers \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

Bank: \_\_\_\_\_

Ort / Datum \_\_\_\_\_

---

Unterschrift Kontoinhaber