

MITGLIEDSCHAFT

Sozialistische Jugend Deutschlands – Die Falken



»Daten: Mitglied

Name: _____ Vorname: _____
Geb.-Datum Straße: _____
PLZ & Ort: Beruf: _____
Eintritt.-Dat. Ortsverband: _____
Telefon _____ Mailadresse: _____

Hiermit trete ich der SJ – Die Falken im genannten Ortsverband als Mitglied bei.

Ort & Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen der Eltern)

»Mitgliedsbeitrag* (bitte ankreuzen)

	Ich zahle den individuellen Soli-Beitrag in Höhe von ____ €.	Monatsbeitrag	Jahresbeitrag*
<input type="checkbox"/>	Mindestbeitrag Kinder (bis 16 Jahre)	z. Z. 1,00 Euro	14 Euro
<input type="checkbox"/>	Beitrag Kinder (bis 16 Jahre)	z. Z. 1,50 Euro	20 Euro
<input type="checkbox"/>	Mindestmarke (ab 16 Jahren)	z. Z. 2,50 Euro	32 Euro
<input type="checkbox"/>	Jugendliche ab 16 Jahren, Auszubildende, Studierende, Bezieher*innen von Transferleistungen	z. Z. 4,00 Euro	50 Euro
<input type="checkbox"/>	Teilverdiener*innen	z. Z. 5,00 Euro	62 Euro
<input type="checkbox"/>	Vollverdiener*innen	z. Z. 10,00 Euro	122 Euro

*Zusätzlich zum Monatsbeitrag berechnen wir die internationale Marke für 1€ und die Solimarke von mind. 1€, auf Wunsch höher

SJ - Die Falken KV Braunschweig

Adresse: Goslarsche Straße 20A
38118 Braunschweig

Telefon: 0531 896456

e-mail: kv@falken-bs.de
internet: www.kv.falken-bs.de