

# KIMO-ANTRAG

DITIB Türkisch Islamische Gemeinde zu Ingolstadt e. V.)



Antragsteller/in	Erziehungsberechtigte/r
Name, Vorname	Name, Vorname
Anschrift	Anschrift
Straße & Hausnummer	Straße & Hausnummer
Plz & Ort	Plz & Ort
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Eintrittsdatum <input type="checkbox"/> männlich   <input type="checkbox"/> weiblich	Eintrittsdatum <input type="checkbox"/> männlich   <input type="checkbox"/> weiblich
Mobilnummer/ Festnetznummer	Mobilnummer/ Festnetznummer
E-Mail-Adresse	E-Mail-Adresse
In welcher Gruppe möchten Sie teilnehmen? <i>(Frauen-, Jugend-, Eltern- oder Seniorengruppe)</i>	In welcher Gruppe möchten Sie teilnehmen? <i>(Frauen-, Jugend-, Eltern- oder Seniorengruppe)</i>

**MITGLIEDSBEITRAG (JÄHRLICH)**  
**120, 00 €**

Berufstätig	nicht berufstätig	Rentner/in	Schüler/in	Student	Berufstätig	nicht berufstätig	Rentner/in	Schüler/in	Student
<input type="checkbox"/>									

**Beitrittsalter:** Ihre Kinder ab **04 – 06 Jahren** können beim KIMO-Bildungsprogramm teilnehmen. Jeden **Dienstag** und **Mittwoch** werden die Kinder gem. der Modularenbildungsprogramm (siehe: [www.ditib-in/kindermoschee](http://www.ditib-in/kindermoschee)) erzogen. Bei Rückfragen oder Anliegen, wenden Sie sich an die folgende Mail-Adresse [bildung@ditib-in.de](mailto:bildung@ditib-in.de).

Name, Vorname 1. Kind	Geburtsdatum: <input type="checkbox"/> männlich   <input type="checkbox"/> weiblich  Schüler <input type="checkbox"/> Klasse: _____
Name, Vorname 2. Kind	Geburtsdatum: <input type="checkbox"/> männlich   <input type="checkbox"/> weiblich  Schüler <input type="checkbox"/> Klasse: _____
Name, Vorname 3. Kind	Geburtsdatum: <input type="checkbox"/> männlich   <input type="checkbox"/> weiblich  Schüler <input type="checkbox"/> Klasse: _____

*Ich erkläre mich zur Zahlung eines jährlichen Beitrages in Höhe von 120,00 €, sowie von Umlagen und Gebühren, die in einer von der Mitgliederversammlung beschlossenen Beitragsordnung bestimmt sind, bereit.\* Hinweis: Ich kann (wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag von meinem (Konto) per SEPA-Lastschriftverfahren eingezogen wird.*

<b>IBAN</b>	DE			
<b>BIC</b>				

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift Personal

\_\_\_\_\_  
gesetzl. Vertreter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ehepartner