



Werde auch du Mitglied in der SGK Schleswig-Holstein.

SGK Schleswig-Holstein e. V.

Geschäftsführer: **Lars Winter**
 Geschäftsstelle: **Kleiner Kuhberg 28-30**
24103 Kiel

Wie schön, dass du dich entschlossen hast, bei der SGK Schleswig-Holstein Mitglied zu werden. Sende einfach die ausgefüllte Anmeldung postalisch an uns zurück.

Falls du uns erst besser kennenlernen möchtest, besuche doch mal unsere Website: **www.sgk-s-h.de**

E-Mailadresse Geschäftsführer Lars Winter:
lars.winter@sgk-s-h.de

BEITRITTSANMELDUNG

Beitretende(r)	Beitrags-satz/mtl.	Bitte ankreuzen
Kommunen bis 10.000 Einwohner:innen	2,30 €	
Kommunen bis 20.000 Einwohner:innen	4,60 €	
Kommunen bis 50.000 Einwohner:innen	6,00 €	
Kommunen bis 80.000 Einwohner:innen	6,00 €	
Kommunen bis 150.000 Einwohner:innen	8,00 €	
Kommunen bis 250.000 Einwohner:innen	10,00 €	
Kreise bis 150.000 Einwohner:innen	10,00 €	
Kreise ab 150.000 Einwohner:innen	10,00 €	
Kommunalbeamt:innen (A-Gruppen)	5,00 €	
Kommunalbeamt:innen (B-Gruppen)	14,00 €	
MdL, MdB, MdEP, Minister:innen, Staatssekretär:innen, Beamt:innen in B-Gruppen sowie vergleichb. Angestellte	15,00 €	

Fractionen übernehmen oftmals den SGK-Beitrag für ihre Gemeindevertreter:innen/Fraktionsmitglieder (Gemeindevertreter:innen + bürgerliche Mitglieder)

Wird von der Fraktion bezahlt ja*

*In diesem Fall muss das SEPA-Lastschriftmandat nicht ausgefüllt werden.

Beitrittsanmeldung: Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur SGK Schleswig-Holstein e. V.

Name		Vorname	
Straße		PLZ	Ort
Geburtsdatum	Telefon	E-Mail	
Kommunale Funktion			

Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die SGK-Schleswig-Holstein e.V. (Gläubiger-ID-Nr. DE64ZZZ00001224703), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SGK-Schleswig-Holstein e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Meine Mandatsreferenz teilt mir die SGK-Schleswig-Holstein e.V. separat mit. 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.

Kontoinhaber:in	
IBAN	Bank
Datum	Unterschrift