

# Aufnahmeantrag



Mitgliedsnummer: .....

Ich beantrage die Mitgliedschaft beim VfR Moosthenning e.V.

Name: ..... Vorname:.....

Straße: ..... PLZ/Wohnort: .....

geboren am: ..... Telefonnr.: .....

eMail-Adresse: .....

Eintrittsdatum: ..... Sparte(n): .....

## Jahresbeitrag

- |   |        |  |       |
|---|--------|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Kinder bis 9 Jahre       | 12,- € | <input type="checkbox"/> Erwachsene Hauptverein  | 35,-€ |
| <input type="checkbox"/> Jugendliche bis 18 Jahre | 30,-€  | <input type="checkbox"/> Erwachsene Stockschißen | 20,-€ |
|   |        | <input type="checkbox"/> Erwachsene Tennis       | 30,-€ |

Der Beitrag wird jährlich zum 15. Februar oder - falls dieser auf ein Wochenende bzw. einen Feiertag fallen sollte – dem darauf folgenden Bankarbeitstag vom o.g. Konto abgebucht – bei Eintritt sofort. Die Beitragshöhe ergibt sich altersabhängig aus der jeweiligen Beitragsordnung. Über von o.g. Terminen oder Beiträgen abweichende Kontobelastungen werde ich mindestens 30 Tage vor Fälligkeit informiert. Dies kann bei individuellen Änderungen mündlich, bei generellen Änderungen durch Aushang im Vereinsheim oder anderweitige Veröffentlichung (Presse, Homepage, Versammlung usw.) erfolgen. Die Kündigung der Mitgliedschaft hat schriftlich zu erfolgen.

Mit meiner Unterschrift, willige ich ein, dass ich/mein Kind in den diversen Medien ( Homepage, Presse .. ) abgebildet werden darf.

....., den .....

(Ort, Datum)

Bei minderjährigen Mitgliedern ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertreter erforderlich

.....

(Unterschrift des Mitglieds)

.....

(ggf. Unterschrift ges. Vertreter)

## SEPA-Lastschriftmandat

**Gläubiger-ID: DE37ZZZ00000835249**

für wiederkehrende Zahlungen

Ich/Wir ermächtige(n) den VfR Moosthenning e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom VfR Moosthenning e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

## Kontoinhaber / Bankverbindung

Name: ..... Vorname: .....

Straße: ..... PLZ/Wohnort: .....

IBAN: ..... BIC: .....

Bankname: .....

....., den .....

(Ort/Datum)

.....

(Unterschrift Kontoinhaber)