

Anmeldeformular

Hiermit beantrage ich die Aufnahme

in den **JC 09 Germania Bauchem e.V.**



als aktives Mitglied

als passives Mitglied

Persönliche Daten

Name: _____

Vorname: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Nationalität: _____

E-Mail-Adr.: _____

Geb.-Datum: _____

Tel.-Nr.: _____

Geb.-Ort: _____

Eintritt: _____

männlich

weiblich

Judopass-Nr.: _____

Zahlungsweise: vierteljährlich

halbjährlich

jährlich

Der Unterzeichnende beantragt die Aufnahme in den o.g. Verein/Abteilung.

Durch seine Unterschrift erklärt er sich mit dem Einzug der aktuellen Beiträge einverstanden.

Bei Minderjährigen ist das Einverständnis der Erziehungsberechtigten erforderlich.

Mit dem Aufnahmeantrag zu beachten:

- Beiträge:** Kinder unter 18 Jahre 9 €/ 8 €/ 7 € /Monat für das 1./2./3. Kind
Erwachsene 10 € /Monat
Passive Mitglieder 24 € /Jahr
- Aufnahmegebühr:** 30 € (werden mit der ersten Beitragsbuchung eingezogen)
- Jahressichtmarke:** 16 € jährlich ab dem 2.Jahr
- Judopass:** 11 € (werden ebenfalls mit der ersten Beitragsbuchung eingezogen, gilt nicht für passive Mitglieder und Mitglieder, die bereits einen Judopass besitzen)
- Kündigung:** Nur schriftlich, mindestens 6 Wochen vor Quartalsende (bitte beim Training abgeben)

Unterschrift:

_____ / _____
(Mitglied) (Erziehungsberechtigte)

Bitte geben Sie das Anmeldeformular ausschließlich beim 1.Trainer Dennis Wazlawtschik oder beim Abteilungsvorstand Damian Wazlawtschik ab (beim Training, mittwochs ab 18.30 Uhr, donnerstags ab 17.00 Uhr)! Kontakt: Tel. 02453/ 47 59 820

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

FC 09 Germania Bauchem e.V.
Am alten Sportplatz 5
52511 Geilenkirchen

Gläubiger-Identifikationsnummer : DE71ZZZ00000071926

Mandatsreferenz :
(vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige hiermit den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlungen

Name des Zahlungspflichtigen: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen)

BIC (8 oder 11 Stellen)

Verzicht der Vorabkündigung

Im Interesse eines möglichst reibungslosen Ablaufs bitten wir Sie, uns durch Gegenzeichnung und Rücksendung dieses Formulars Ihr Einverständnis zu bestätigen, dass wir keine Vorabankündigung eines SEPA-Lastschrift-Einzugs vornehmen.

Ort, Datum

Unterschrift Zahlungspflichtiger