



AUFNAHMEANTRAG

Ich beantrage hiermit meine Aufnahme / die Aufnahme meines Kindes in den Verein Team Laufrausch e.V. - Alle Angaben bitte deutlich in Druckschrift! -

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ o männlich o weiblich

Strasse: _____ Nr.: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

eMail-Adresse: _____

Eine Verpflichtung zur Beitragszahlung besteht unabhängig von einer sportlichen Betätigung innerhalb des Team Laufrausch e.V.. Vereinsbeiträge werden erhoben, damit der Verein seine satzungsgemäßen Zwecke erfüllen kann.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Vereinssatzung in der jeweils gültigen Fassung an. Ich verpflichte mich zur Beitragszahlung bis zum wirksamen Austritt durch schriftliche Abmeldung, die unter Wahrung einer Kündigungsfrist von drei Monaten erfolgen kann. Im Falle eines unterjährigen Austritts erfolgt keine anteilige Rückerstattung von Mitgliedsbeiträgen.

Der Jahresbeitrag für Einzelmitglieder beträgt 40,00 € (Mindestbeitrag) und wird für ein Mitgliedschaftsjahr erhoben.

Mit der Weitergabe meiner Kontaktdaten (Anschrift, Tel.-Nr., E-Mail) an Vereinsmitglieder bin ich einverstanden / nicht einverstanden (Unzutreffendes bitte streichen)

Name des Sorgeberechtigten*
(bei Minderjährigen): _____

Oldenburg, den _____ Datum
 _____ Unterschrift des Antragstellers
 (bei Minderjährigen Unterschrift des / der Sorgeberechtigten*)

Unterschreibt eine sorgeberechtigte Person allein, erklärt sie mit ihrer Unterschrift zugleich, dass ihr das Sorgerecht allein zusteht bzw. dass sie im Einverständnis mit allen Sorgeberechtigten handelt.

SEPA-Lastschriftmandat
Gläubiger-Identifikationsnummer DE58ZZZ00000454146
Mandatsreferenz wird separate mitgeteilt.

Ich ermächtige Team Laufrausch e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, Team Laufrausch e.V. 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.

sowie zusätzlich eine jährliche Spende von, €, insgesamt, € von meinem Konto

IBAN Nr.: _____ BIC: _____

bei der _____
 genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts

mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Die SEPA-Lastschrift erfolgt jährlich. 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.

Name des Kontoinhabers: _____

Oldenburg, den _____ Datum
 _____ Unterschrift des Kontoinhabers

Bearbeitungsvermerk:

Mitglied Nr.	Datum Anfang	Datum Ende	Gebucht	Erfasst am