

AUFNAHMEANTRAG



Bitte alles gut lesbar in Druckbuchstaben ausfüllen! Mit * markierte Felder sind Pflichtfelder.

Hiermit beantrage ich

Vorname und Name *

Straße, PLZ, Ort *

Geburtsdatum *

Staatsangehörigkeit *

Telefon

Mobil

E-Mail

die Aufnahme in den Bogen-Sport-Club Iserlohn e.V. zum 01. ____ . ____ als

Einzelmitglied Ehepartner Familienmitglied Student/Azubi (vgl. Mitgliedergruppen der Beitragsordnung).

Aufnahmegebühr und Mitgliedsbeitrag (vgl. Beitragsordnung) werden durch Lastschrift von meinem, auf dem mit diesem Aufnahmeantrag auszufüllenden SEPA-Lastschriftmandat, genannten Konto eingezogen.

Satzung, Datenschutzerklärung und Beitragsordnung können jederzeit als Aushang in der Trainingshalle sowie als PDF-Dokumente auf der Vereinshomepage eingesehen werden.

Mit Unterschrift unter diesen Aufnahmeantrag

- erkenne ich die Satzung des Bogen-Sport-Club Iserlohn e.V. an,
- willige ich in die Datenschutzerklärung ein,
- willige ich in die Veröffentlichung von vereinsbezogenen Fotos/Videos (vgl. Datenschutzerklärung) ein.

Iserlohn, den _____

(Name in Druckbuchstaben)

Unterschrift (bei Minderjährigen die Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters)

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger):

Bogen-Sport-Club Iserlohn e.V.
Oestricher Str. 53
58638 Iserlohn

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE18ZZZ00000786218

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Einzugsermächtigung:

Ich/Wir ermächtige(n) den o.g. Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden einmaligen und wiederkehrenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unseren Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige(n) den o.g. Zahlungsempfänger, einmalige und wiederkehrende Zahlungen von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/wir mein/unsere Kreditinstitut an, die vom o.g. Zahlungsempfänger auf mein/unsere Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich/Wir kann/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.

Kontoinhaber/Zahlungspflichtige(r) (Mit * markierte Felder sind Pflichtfelder):

Vorname und Name *

Straße, PLZ, Ort *

E-Mail *

IBAN *

DE

BIC *

Kreditinstitut *

Iserlohn, den

(Datum)

(Unterschrift(en) Zahlungspflichtige(r))