



- Aufnahmeantrag -

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Badmintonverein Kassel e. V. für *(bitte ankreuzen)*:

- mich selbst
 meine Tochter
 meinen Sohn

Nachname, Vorname:		Mitgliedsnummer: (vom Verein auszufüllen)
Geburtsdatum und -ort:		
Straße und Hausnr.:		
PLZ und Ort:		
Telefon:		

- Ich bin mit der Vereinssatzung einverstanden. Sie ist beim 1. Vorsitzenden einzusehen.
- Ich beantrage die Einstufung der Beitragszahlung in folgende Gruppe *(bitte ankreuzen)*:

- A:** Erwachsene 9,-- € pro Monat
- B:** Schüler, Jugendliche, Studenten 5,-- € pro Monat
(ab 18 Jahren bitte Nachweis beifügen)
- C:** Familienbeitrag 17,-- € pro Monat
(ab drei Familienmitgliedern siehe D)
- D:** Familienangehöriger ohne eigene Beitragszahlung, 0,-- € pro Monat
der über kein eigenes Einkommen verfügt

- Ich bin damit einverstanden, dass die Mitgliedschaft ein Jahr dauert. Sie erlischt erst nach schriftlicher Austrittserklärung an den Vorstand und wird mit Ende des laufenden Kalenderjahres wirksam, sofern die Mitgliedschaftsdauer erfüllt ist und die Kündigung bis zum 30.09. des jeweiligen Jahres eingeht. Bei Minderjährigen ist der Austritt durch den gesetzlichen Vertreter zu erklären. Die Austrittserklärung eines Elternteils genügt.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Beitragszahlung durch Bankeinzug erfolgt.

Ort, Datum

Unterschrift
(bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters)

----- Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschrift für den Badmintonverein Kassel e. V.

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Beitragszahlungen in Höhe des Beitragssoll halbjährlich zu Lasten meines/unseres nachstehenden Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Angaben zum Kontoinhaber und zur Bankverbindung:	
Nachname, Vorname:	
Straße und Hausnr.:	
PLZ und Ort:	
Telefon:	
IBAN:	DE <input type="text"/>
BIC:	
Kreditinstitut:	

Ort, Datum

Unterschrift