

**Mitgliedsantrag (Pro Mitglied ein Formular)**

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im HTC-Kupferdreh e.V. (Abteilung Hockey) als

- Aktives Mitglied
- Schüler, Studenten, Wehrdienst- oder Zivildienstleistende im Alter von 18-27 Jahren
- Kinder, Jugendliche bis 18 Jahre
- Passives Mitglied
- Familienmitgliedschaft (zusätzlich anzukreuzen; bei einem aktiven Mitglied reduzieren sich alle weiteren Beiträge um 50%)

zum _____ (Eintrittsdatum).

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ / Wohnort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Bei Kindern / Jugendlichen unter 18 Jahren: Name, Vorname eines Erziehungsberechtigten:

Zahlweise: Jährlich (Februar) Halbjährlich (Februar/August)

Hinweise:

Durch seine/ihre Unterschrift erklärt der Antragsteller, stellvertretend bei unter 18jährigen für ihn der/die Erziehungsberechtigte/n, seinen Beitritt und verpflichtet sich zur Einhaltung der Satzung und Ordnungen, insbesondere zur pünktlichen Bezahlung des Vereinsbeitrages und Unterstützung der Vereinsziele. Die Satzung, den aktuellen Vereinsbeitrag und weitere Informationen finden Sie im Internet unter: <http://www.htc-kupferdreh.com>

SEPA-Lastschriftmandat:

Zum Einzug der Mitgliedsbeiträge wird mit dem Zahler ein SEPA-Lastschriftmandat abgeschlossen.

Datenspeicherung:

Das Mitglied und der Zahlungspflichtige sind damit einverstanden, dass ihre Daten für Vereinszwecke per EDV gespeichert werden. Der Verein wird die Daten ausschließlich im Rahmen der Vereinsverwaltung verwenden und nicht an Dritte weitergeben.

Unfall-Versicherung:

Durch die Mitgliedschaft ist das Mitglied in einer Sportunfall- und Haftpflichtversicherung durch den Landessportbund versichert. Diese Versicherung kann jedoch nur in Anspruch genommen werden, wenn der laufende Vereinsbeitrag bezahlt wurde.

Bankverbindung: Sparkasse Essen

IBAN: DE20 3605 0105 0001 4000 19

BIC: SPESDE33XXX

Unterschrift Mitgliedsantrag: (Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Datum: _____

Unterschrift: _____



SEPA-Basis-Lastschriftmandat für mehrmalige Zahlungen

Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige / wir ermächtigen den unten genannten Zahlungsempfänger oder eine Nachfolgeinstitution, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger oder der Nachfolgeinstitution auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / wir 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. Sollten einzelne Bestimmungen dieses Mandats unwirksam sein, bleiben die übrigen Bestimmungen im Übrigen wirksam.

Zahler/in (Kontoinhaber)

Name

Strasse und Hausnummer

Postleitzahl *Ort*

Land

eMail-Adresse

Kontoverbindung Zahler/in

IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Bank Identifier Code) *Kreditinstitut (Name)*

Mitglied (bitte nur eintragen, wenn Mitglied nicht identisch mit Kontoinhaber/in ist)

Name

Anschrift (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort, Land)

Zahlungsempfänger

Name

Gläubiger-Identifikationsnummer

Anschrift (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)

Land
Ort der Unterschrift
Datum der Unterschrift

Unterschrift Zahler/in (Kontoinhaber/in)