

Aufnahmeantrag



Ich/wir beantrage(n) meine/unsere Aufnahme in den

Verein für Leibesübungen von 1850 e.V. Stade

VfL von 1850 e.V. Stade Tel.: 04141 – 621 27
Ottenbecker Damm 50 Fax: 04141 – 621 29
21684 Stade info@vfl-stade.de

➔ ANTRAG BITTE IN GROSSBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Vorname	Nachname	Geburtsdatum	m	w	Sportart
		.	.		
		.	.		
		.	.		
		.	.		

Sind Sie oder jemand aus der Familie bereits VfL-Mitglied? nein ja _____
Mitglieds-Nr. (wenn zur Hand)

Straße, Hausnummer

Telefon-/Mobil-Nr.

PLZ, Wohnort

E-Mail-Adresse

bei Minderjährigen: Vor- und Nachname des/der Erziehungsberechtigten

Bitte beachten Sie, dass die Aufnahme nach § 5 der Satzung erst endgültig erfolgt ist, wenn das Präsidium innerhalb eines Monats nach Eingang des Aufnahmeantrags diesen nicht abgelehnt hat. Der Austritt kann nur schriftlich unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum 31.12. eines Jahres erklärt werden. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Ordnungen des Vereins in der jeweils geltenden Fassung an. **Die auf www.vfl-stade.de/service/downloads veröffentlichten Informationspflichten gem. Art. 13 u. 14 DSGVO habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.**

Stade, den _____

Unterschrift Antragsteller/in
bei Minderjährigen: Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Monatliche Mitgliedsbeiträge

Kinder bis 6 Jahre	9,00 EUR	Erwachsene (ab 18 Jahre)	16,00 EUR
Kinder ab 7 Jahre	11,50 EUR	Familien	32,00 EUR
Erwachsene in Ausbildung/Studium/FWD	12,50 EUR	Fördermitgliedschaft	10,00 EUR

Bei Eintritt wird eine einmalige Aufnahmegebühr in Höhe eines Monatsbeitrages erhoben.
Aktuell gültige Zusatzbeiträge von Abteilungen oder Kursen sind der **Beitragsübersicht auf www.vfl-stade.de/service/downloads** zu entnehmen.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/wir ermächtige(n) den Verein für Leibesübungen von 1850 e.V., Zahlungen von meinem/unsere(n) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Verein für Leibesübungen von 1850 e.V., auf mein/unser 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.

Gläubiger-ID: DE10ZZZ00000607300 Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Kontoinhaber/in: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Zahlungsweise: monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt auch für bereits bestehende Mitgliedschaften

Stade, den _____

Unterschrift Kontoinhaber/in
bei Minderjährigen: Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten