

Mitgliedsantrag

AFC Aachen Vampires e.V.

Postfach 10 01 28

52001 Aachen

Name, Vorname _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ _____ Wohnort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____
dd.mm.yyyy

Geschlecht _____ Emailadresse _____

Telefon _____ Telefon _____ Telefon _____
Festnetz mobil gesetzlicher Vertreter

Abteilung Herren Damen Jugend Cheerleader Flag Fördermitglied

Ermäßigung ja nein ggf. Name _____
Studien-/Ausbildungsnachweis beifügen, ggf. Namen des/der Familienmitglieds/er angeben, das/die Vereinsmitglied ist/sind

Durch seine/ihre Unterschrift beantragt der Antragsteller, stellvertretend bei unter 18-jährigen für ihn der/die Erziehungsberechtigte/n, seinen Beitritt und verpflichtet sich zur Einhaltung der derzeit gültigen Satzung. Die Satzung und weitere Informationen sind auf der Website des Vereins zu finden.

Austritt/Kündigung

Der Austritt aus dem Verein erfolgt jeweils zum 31. Dezember. Eine Kündigung muss mindestens drei Monate vorher beim Vorstand eingegangen sein. Eine Rückerstattung von Beiträgen ist nicht möglich; bei nicht Einhalten der Kündigungsfrist muss der komplette Beitrag gezahlt werden.

Wiederkehrende Zahlungen

Zur einfacheren Bearbeitung bitten wir um Erteilung eines Lastschriftmandats (siehe Seite 2). Der Beitrag wird vom Verein per Bankeinzug halbjährlich im Voraus eingezogen.

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 Satzung verwenden und nicht an Dritte weitergeben.

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift
bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten

AFC AACHEN VAMPIRES

AMERICAN FOOTBALLCLUB AACHEN VAMPIRES E.V.

Mitgliedsnummer-Mandatsreferenz: _____ - _____

gek. _____
aus. _____

Anlage zum Mitgliedsantrag von

Name _____

Vorname _____

Zahlungsempfänger:

AFC Aachen Vampires e.V.

Postfach 10 01 28

52001 Aachen

Deutschland

Gläubiger Identifikationsnummer:

DE07ZZZ00001140854

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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.

Wiederkehrende Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) - Angabe freigestellt:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Land:

IBAN des Zahlungspflichtigen:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC:

_____, den
Ort

_____ Datum

_____ Unterschrift des Zahlungspflichtigen/Kontoinhaber