

Aufnahmeantrag



Mitgliedsnummer (vom Verein einzutragen): _____

Aufnahmedatum: _____

Antragsteller

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mailadresse: _____

Handy: _____

Telefon privat: _____

Telefon dienstlich: _____
(evtl. Eltern)

Wie seid ihr zu uns gekommen?

- Schule / AGs
- Internet / Medien
- Freunde
- Eigenes Interesse am Basketball
- Sonstiges _____

Einverständniserklärung

Ich habe die Vereinssatzung und die Beitragsordnung zur Kenntnis genommen und bin mit deren Geltung einverstanden.

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in den Verein ChemCats Chemnitz e. V.

Ort / Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

(wenn der Antragsteller das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat)

Monatlicher Mitgliedsbeitrag

15 €

Spielerin

5,00 €

Passives Mitglied

12,50 €

**Freizeitspielerin und/oder
Spielerin unter 12 Jahren**

(vom Trainer anzukreuzen)

Einmalige Aufnahmegebühr: 10 €

BITTE BEACHTEN SIE DAS LASTSCHRIFTMANDAT AUF DER RÜCKSEITE BZW. ZWEITEN SEITE DIESES ANTRAGES.

AUF GRUND VON GESETZLICHEN BESTIMMUNGEN IST ES ERFORDERLICH, IBAN UND BIC ANZUGEBEN. DIESE BEIDEN NUMMERN FINDEN SIE AUF IHREN KONTOAUSZÜGEN.

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

ChemCats Chemnitz e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Theaterstr. 42 / 44

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

09111 Chemnitz

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

| D E 1 2 Z Z Z 0 0 0 0 0 1 2 1 1 0 0 |

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment: Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:****Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):****Ort / Location:****Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**