

Mitgliedsantrag

1. LAV Sternberg



Wir freuen uns, dass **Du Dich** dazu entschieden hast, Mitglied im **1. LAV Sternberg** zu werden.

PERSONENDATEN

Name:	_____	Vorname:	_____
Straße:	_____	Nr.:	_____
PLZ:	_____	Ort:	_____
Telefon:	_____	Mobiltelefon:	_____
E-Mail:	_____		
Geburtsdatum:	_____		
Eintritt (Datum):	_____	Austritt:	_____

MITGLIEDSBEITRAG

Beiträge und Gebühren des 1. LAV Sternbergs:

Wir erheben eine einmalige Aufnahmegebühr von 15,00 € für jedes Mitglied.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt für eine Person (Kind oder Erwachsener) im Quartal 21,00 €.

Werden Geschwisterkinder angemeldet, so wird für das erste Kind der Mitgliedsbeitrag erhoben und jedes weitere Kind ist beitragsfrei.

Der Familienbeitrag beträgt 30,00 € im Quartal. Der Familienbeitrag kommt zum Tragen, wenn ein Erwachsener und mindestens ein Kind der Familie zum Verein gehören.

Der Mitgliedsbeitrag wird immer zu Beginn des Quartals eingezogen.

Schriftliche Kündigungen der Mitgliedschaft sind immer nur bis 4 Wochen vor Quartalsende möglich.

Der Mitgliedsbeitrag wird per SEPA-Lastschrift eingezogen, dazu füllen Sie bitte das SEPA-Lastschriftmandat (Seite 2) vollständig aus.

UNTERSCHRIFT

Mit dieser Erklärung trete ich dem **1. LAV Sternberg e.V.** bei.

Die Satzung des Vereins erkenne ich an und werde die Beschlüsse des gewählten Vorstandes einhalten.

Wir weisen daraufhin, dass die Versicherung des 1. LAV Sternberg nur bei Invalidität und Tod greift. Für Verletzungen sollten Sie eine private Unfallversicherung abschließen.

Ort, Datum, Unterschrift (Bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Training

Trainingsgruppe: _____

Ort, Datum, Unterschrift des Trainers

1. LAV Sternberg e.V.
J. – Dörwald – Allee 2a
19406 Sternberg

SEPA-Lastschriftmandat

1. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den **1. LAV Sternberg e.V.** Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom **1. LAV Sternberg e.V.** auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

2. Daten und Bankverbindung des Kontoinhabers

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Die Angabe der E-Mail-Adresse ist erforderlich, da die Ankündigung des SEPA-Lastschrifteinzuges per E-Mail erfolgt.

3. Ausgleich von Forderungen bei abweichendem Kontoinhaber

Soll das SEPA-Mandat nicht zum Ausgleich von Forderungen gegenüber dem Kontoinhaber dienen, sondern zum Beispiel für den Einzug der Mitgliedsbeiträge eines Kindes von dem Konto der Eltern, so geben Sie den Namen des Mitgliedes an.

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von

Name: _____ Vorname: _____.

Name: _____ Vorname: _____.

Name: _____ Vorname: _____.

Ort, Datum: _____

Unterschrift(en): _____