



INTERNATIONAL
TAEKWONDO
MUSADO ALSDORF

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich ab sofort die Mitgliedschaft in den Int. Taekwondo Musado Alsdorf

als aktives Mitglied (monatlicher Beitrag zur Zeit 13 Euro) Taekwondo Hapkido Tae-Bo
 als inaktives Mitglied (monatlicher Beitrag 3 Euro)

Ich verpflichte mich, gemäß der Satzung des Int. Taekwondo Musado Alsdorf:

- für eine Mitgliedschaft von mindestens 3 Monate
- am Sport – und Gemeinschaftsleben im Verein teilzunehmen
- meinen Beitrag pünktlich zu entrichten
- **das ich für eine vom Verein empfohlene sportärztliche Untersuchung selbst verantwortlich bin**
- eine Kündigung der Mitgliedschaft unter Einhaltung der Frist von 4 Wochen schriftlich zum Ende eines Quartales (30. März, 30. Juni, 30. September, 30. Dezember) möglich ist
- die unten aufgeführten Daten zu Verwaltungszwecken gespeichert werden dürfen
- Die aktuelle Datenschutzgrundverordnung des Vereines habe ich gelesen und erkläre mich mit meiner Unterschrift unter dieser Anmeldung mit allen aufgeführten Punkten einverstanden.

Name: _____ Vorname: _____

Geschlecht: M / W Geburtsdatum: ____/____/____ Geburtsort: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort.: _____

E-Mail - Adresse: _____ Handy: _____ Telefon: _____

Ort: _____, den ____/____/____ Unterschrift: _____

Bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten: _____

Name des Zahlungsempfängers: Int. Taekwondo Musado Alsdorf

Anschrift des Zahlungsempfängers: Straße und Hausnummer: Easingtonstr. 8 - Postleitzahl und Ort: 52499 Baesweiler

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE56ZZZ00000478141 Mandatsreferenznummer/Mitgliedsnummer

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.

IBAN: BIC/SWIFT:

Bank: _____ Kontoinhaber: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Ich wünsche die Abbuchung zum 1. oder zum 15. jeden Monats **bis zum Widerruf**

Ort: _____, den ____/____/____

Unterschrift eines verfügbaren Kontoinhabers: _____