



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 Fitness
 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: _____