



# Shinbo Do Karate Eifel e.V.

## -Aufnahmeantrag-

Vom Verein auszufüllen

Datum: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Hiermit beantrag ich meinen Beitritt zum oben genannten Verein.

### a) Allgemeine Angaben (bitte deutlich schreiben)

Name:

(aktives Mitglied)

Vorname:

(aktives Mitglied)

Geburtsdatum:

Bei Minderjährigen

Name der Eltern:

Anschrift:

(Straße, Haus-Nr.,

PLZ und Ort)

Telefon:

Email:

@

Bekannte

Vorerkrankungen:

(mit Trainer absprechen)

Mit der Aufnahme in den Shinbo Do Email-Newsletter bin ich einverstanden:  ja  Nein

Hiermit erteile ich dem Verein das Recht für Zwecke der Außendarstellung (Print- & Onlinemedien) Fotos des o.g. Mitgliedes zu erstellen und zu nutzen. Diese Erlaubnis kann jederzeit im Einzelfall oder vollständig widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs haben das Mitglied oder dessen Erziehungsberechtigten für die Einhaltung Sorge zu tragen. Darüber hinaus bestätige ich den Erhalt der Richtlinien des Vereins.

Datum/ Unterschrift: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

(bei Kindern/Jugendlichen Unterschrift **BEIDER** Erziehungsberechtigten)



## b) SEPA-Lastschriftenmandat

Shinbo Do Karate Eifel e.V. Hauptstraße 82, 56754 Binningen

<b>Gläubiger ID:</b>	DE51ZZZ00000922394
<b>Mandatsreferenz:</b>	wird separat mitgeteilt
<b>Zahlungsart:</b>	Wiederkehrende Zahlung ( <i>Vereinsbeitrag</i> )
<b>Verwendungszweck:</b>	Karate Quartalsbeitrag „Name Mitglied“

Beitragssatz:	Kinder/Jugendliche	<input type="checkbox"/>	(10,00€/Monat)
	Erwachsene	<input type="checkbox"/>	(12,50€/Monat)
	Kind im Familienbeitrag	<input type="checkbox"/>	(5,00€/Monat)

Der Vereinsbeitrag wird quartalsweise eingezogen. Sonderregelungen sind vom Zahlungspflichtigen beim Shinbo Do Karate Eifel e.V. zu beantragen und vom Verein schriftlich zu bestätigen.

Ich/Wir ermächtige/n den Shinbo Do Karate Eifel e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Shinbo Do Karate Eifel e.V. gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, kann die Erstattung des Betrages verlangt werden. Es gelten die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Zahlungspflichtigen: \_\_\_\_\_

Adresse des Zahlungspflichtigen: \_\_\_\_\_  
(Straße/Nr./PLZ/Ort)

(Bitte in Druckbuchstaben schreiben)

Name des Kreditinstitutes: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift des  
Zahlungspflichtigen: \_\_\_\_\_