

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in dem Sportverein „**Laufklub Berlin e.V.**“.

Ich habe Kenntnis von der Satzung und der Beitragsordnung des Vereins genommen und erkenne diese an. Ich verpflichte mich, die einmalige Aufnahmegebühr und den Mitgliedsbeitrag laut gültiger Beitragsordnung zu bezahlen. Die gültigen Versionen der Satzung und der Beitragsordnung sind auf der Homepage www.laufklub-berlin.de einsehbar.

Name: Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

E-Mail:

Telefon: Mobil:

Geb. Datum: Geschlecht: männlich weiblich

Eintrittsdatum:

Mitgliedschaft: Mitglied:
(aktuell: monatlich 12€, einmalige Aufnahmegebühr ein Monatsbeitrag)

Fördermitglied: freiwilliger Beitrag:
(monatlich min. 5€, einmalige Aufnahmegebühr ein Monatsbeitrag)

Beitragszahlung: quartalsweise Zahlungstermin(e) (05.01, 05.04, 05.07, 05.10)

jährlich Zahlungstermin (05.01.)

Die Kontoinformation bzw. das SEPA Mandat werden nachträglich gesondert per E-Mail versandt.

Datum: Unterschrift:
bei Minderjährigen Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

Mir ist bekannt, dass der Verein meine o.g. Daten ausschließlich zu Vereinszwecken speichert und verarbeitet. Eine Weitergabe der Daten erfolgt ausschließlich zu Vereinszwecken, eine Weitergabe an andere Dritte erfolgt nicht. Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden.

Datum: Unterschrift:
bei Minderjährigen Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

Den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag bitte an folgende Adresse schicken:

per Post : Laufklub Berlin e.V., Roedernstr. 6, 13053 Berlin
per E-Mail : verwaltung@laufklub-berlin.de
per Fax : (030) 9831 4718

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Laufklub Berlin e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address:

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Roedernstrasse 6

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

13053 Berlin

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE55ZZZ00001986800

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / von 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 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.

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. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Zahlungsart / Type of payment: Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment**Name des Zahlungspflichtigen / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontinhaber) / Debtor address**

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Deutschland

IBAN des Zahlungspflichtigen (max 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):**BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: If the debtor's IBAN begins with DE, the BIC can be omitted.

Ort / Location

Datum(TT/MM/JJJJ) / Date(DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: