

Aufnahmeantrag AFC Bad Homburg Sentinels e.V. Ober-Eschbacher Str.71 61352 Bad Homburg

NAME:	VORNAME:		
Geburtsdatum:	Geburtsort:		
PLZ:	Wohnort:		
Strasse:	Telefon:		
Email:	Staatsangehörigkeit:		
Jahresbeiträge / Beitragsklassen: (bitte zutreffendes a	I ankreuzen)		
AUFNAHMEGEBÜHR (einmalig) 15,00 €	,		
AKTIV:	 Erwachsene Jugendliche (1317. Lebensjahr) Kinder (6. – 12. Lebensjahr) 	200,00 € 100,00 € 80,00 €	
PASSIV:	Familienbeitrag*ErwachseneJugendlicheKinder	120,00 € 50,00 € 40,00 € Beitragsfrei	
*= 2 Erwachsene + 2 Kinder (bis 16 Jahre). Zur jeweiligen Altersbestimmung gilt der 31.12. als Stichtag.		-	
Zahlungsmöglichkeiten: Nur Lastschrift möglich. Bitte zut	reffendes ankreuzen.		
	halbjährlich eweils ½ des Jahresbeitrages zum 01.01. und 01.07.		
Mit dem Antrag ist bei aktiven Mitgliedern eine Kopie des Personala Mitgliedern unter 18 Jahren ist zusätzlich eine ärztliche Sportunbeden		chen bzw. kurzfristig nachzureichen. Bei	
Der Aktive bzw. die Erziehungsberechtigten erklärt/erklären sich dam Mitglieds zur Erfüllung der Vereins- und Mitgliederpflichten zur Durchfi			
Das Mitglied räumt dem Verein AFCBHS e.V. unwiderruflich seine Sportveranstaltungen, ein. Der Verein ist berechtigt, die Rechte Dritte insoweit auf sein Recht am eigenen Bild. Der Verein AFCBHS e.V. ist von Bilderzeugnissen an Partner zu vergeben.	en einzuräumen und/oder zu übertrag	gen. Insbesondere verzichtet das Mitglied	
Kündigungen und sonstige Änderungen der Mitgliedschaft sind schri kann nur zum Ende eines Vereinsjahres (31.12.) mit einer Kündigungs			
Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des AFCBHS Dachverbände. Bei minderjährigen Antragsstellern haften bis zur vzustehenden Forderungen.			
(Ort, Datum) Unterschrift Antragssteller	 Unterschrift aller geset	izlichen Vertreter	

AFC BAD HOMBURG SENTINELS e.V. Ober-Eschbacher Straße 71, 61352 Bad Homburg

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 85ZZZ 00001 79 8662

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Einzugsermächtigung:

Ich/wir ermächtige(n) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.

Sepa-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name, Vorname:
(Kontoinhaber)

Straße:

PLZ, Ort

IBAN:

BIC:

Datum

X		
	Unterschrift Kontoinhaber	