

# Aufnahmeantrag

## Ski-Club Bad Hersfeld e.V.

Fritz-Rechberg-Straße 24, 36251 Bad Hersfeld  
+49 (0)6621 170827



Antragsteller Name *	Vorname *	Geburtsdatum *
----------------------	-----------	----------------

Partner: Name *	Vorname *	Geburtsdatum *
-----------------	-----------	----------------

Kind: Name *	Vorname *	Geburtsdatum *
--------------	-----------	----------------

Kind: Name *	Vorname *	Geburtsdatum *
--------------	-----------	----------------

Kind: Name *	Vorname *	Geburtsdatum *
--------------	-----------	----------------

Anschrift: Straße *	PLZ *	Ort *
---------------------	-------	-------

E-Mail *	Telefon *
----------	-----------

Ort / Datum *	Unterschrift(en) Antragsteller / Erziehungsberechtigter
---------------	---

### Antrag auf:

- Einzelmitgliedschaft     Ergänzungsmitglied
- Partnermitgliedschaft
- Familienmitgliedschaft

### Jahresbeitrag:

Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre	10,- EUR / Jahr
Erwachsene	15,- EUR / Jahr
Erwachsene + Partner	30,- EUR / Jahr
Familien mit Kind(er)	35,- EUR / Jahr

Der Jahresbeitrag ist beim Eintritt in den Verein sofort fällig. In den nachfolgenden Jahren wird er zum 01.03. des jeweiligen Kalenderjahres fällig. Der Beitrag wird über nachstehende Einzugsermächtigung / SEPA Lastschriftmandates eingezogen.

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

<b>Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:</b> Ski-Club Bad Hersfeld e.V. 1.Vors. Markus Schwarz; Fritz-Rechberg-Straße 24; 36251 Bad Hersfeld
--

<b>Gläubigeridentitätsnummer:</b> DE37ZZZ00000522424	<b>Mandatsreferenz / Mitgliednummer:</b>	<b>Zahlungsart:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung
---	--	--

<b>Einzugsermächtigung:</b> Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.
<b>SEPA-Lastschriftmandat:</b> Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich meine / 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 die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

<b>Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): *</b>
---

<b>IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen) *</b>	<b>BIC (8 oder 11 Stellen) *</b>
---	----------------------------------

<b>Ort / Datum *</b>	<b>Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)</b>
----------------------	--