

# Aufnahmeantrag

## Ski-Club Bad Hersfeld e.V.

Gerwigstraße 12, 36251 Bad Hersfeld  
+49 (0)6621 79 67 52



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

Eintrittsdatum \*

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

### Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Ski-Club Bad Hersfeld e.V. | Gerwigstraße 12 | 36251 Bad Hersfeld

### Gläubigeridentifikationsnummer:

DE37ZZZ00000522424

### Mandatsreferenz / Mitgliednummer:

### Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

### Einzugsermächtigung:

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.

### SEPA-Lastschriftmandat:

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.

### Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): \*

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen) \*

BIC (8 oder 11 Stellen) \*

Ort / Datum \*

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) | \* Pflichtfelder / in Druckschrift ausfüllen