

DJK Spielvereinigung Rohr e.V.

Rohr 1, 92342 Freystadt www.djk-rohr.de



Aufnahmeantrag

Mitgliedsnummer: _____

Ich beantrage die Mitgliedschaft bei der DJK SpVgg Rohr e.V.

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Geboren am: _____

Tel./Handy-Nr.: _____

eMail-Adresse: _____

Neuantrag

Aktueller Jahresbeitrag:

Kinder bis 3 Jahre: 0 EURO

Kinder bis 17 Jahre: 24,00 EURO

Erwachsene: 55,00 EURO

Familien: 134,00 EURO

Zusätzlicher Spartenbeitrag ab 18 Jahre

- | | |
|---|------------|
| <input type="radio"/> Fußball: | 35,00 EURO |
| <input type="radio"/> Fußball AH-Abteilung | 20,00 EURO |
| <input type="radio"/> Handball | 25,00 EURO |
| <input type="radio"/> Stockschießen | 15,00 EURO |
| <input type="radio"/> Hip Hop | 15,00 EURO |
| <input type="radio"/> Indoor Cycling | 20,00 EURO |
| <input type="radio"/> Aeroc und Kraft (Montag) | 20,00 EURO |
| <input type="radio"/> Gymnastik (Mittwoch ab 18:45 Uhr) | 20,00 EURO |
| <input type="radio"/> Stepp Aerobic (Mittwoch ab 20:00 Uhr) | 20,00 EURO |
| <input type="radio"/> Pilates (Donnerstag) | 20,00 EURO |

Der Beitrag wird jährlich zum 01.04. oder, falls dieser auf ein Wochenende bzw. einen Feiertag fallen sollte, dem darauffolgenden Bankarbeitstag vom unten genanntem Konto abgebucht. Die Beitragshöhe ergibt sich altersabhängig aus der jeweils gültigen Beitragsordnung. Der Mitgliedsbeitrag und Spartenbeitrag sind Jahresbeiträge und unabhängig voneinander. Der Spartenbeitrag ist separat kündbar.

_____,den _____
(Ort, Datum)

(Unterschrift Kontoinhaber)

Bei minderjährigen Mitgliedern ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertreter erforderlich.

(ggf. Unterschrift des ges. Vertreters)

SEPA-Lastschriftmandat
Für wiederkehrende Zahlung

Gläubiger-ID: DE17DJK00000278441
Mandatsreferent: DJK: _____

Ich/Wir ermächtige(n) die DJK Spielvereinigung Rohr e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der DJK SpVgg Rohr e.V. auf mein/unser Konto gezogene 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.

Kontoinhaber / Bankverbindung.

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Bankname: _____

_____,den _____
(Ort, Datum)

(Unterschrift Kontoinhaber)