

Kieler Squash Club e.V. [KSC]

Im Sport- und Freizeitcenter Mettenhof, Göteborgring 83, 24109 Kiel

Aufnahmeantrag

(bitte mit Druckbuchstaben ausfüllen und beim KSC-Vorstand abgeben)

Ich beantrage die Aufnahme in den Kieler Squash Club. Die Satzung ist mir bzw. dem/den Erziehungsberechtigten bekannt und ich erkenne sie an. Die aktuelle Satzung ist auf der KSC Homepage unter www.ksc-kiel.de zu finden.

Name _____ Vorname _____

Straße + Hausnr _____

PLZ / Wohnort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____ Mitgliedschaft ab _____

Beiträge (zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|--------------------------|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Erwachsene | monatlich 49,90 Euro |
| <input type="checkbox"/> | Studenten, Auszubildende, Schüler | monatlich 29,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> | Jugendliche | monatlich 18,90 Euro |
| <input type="checkbox"/> | passive Mitgliedschaft | monatlich 8,90 Euro |
| <input type="checkbox"/> | minderjähriges Kind (Familienbeitrag, wenn bereits ein Elternteil aktives KSC-Vereinsmitglied ist) | monatlich 0,00 Euro |

Ich ermächtige den KSC die fälligen monatlichen Vereinsbeiträge von meinem/unserem Konto bei

Institut _____

IBAN _____

Kontoinhaber _____

bis auf Widerruf einzuziehen. Sofern der Beitrag nicht im Einzugsverfahren geleistet wird, erhöht sich der monatliche Mitgliedsbeitrag um 3,00 Euro. Die Erhöhung entfällt bei jährlicher Zahlungsweise im voraus.

Kiel, den _____
Unterschrift _____

Erziehungsberechtigte/r

Name _____ Vorname _____

Anschrift _____

Telefon _____

Unterschrift _____

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:	
<u>Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address</u> Straße und Hausnummer / Street name and number:	
Postleitzahl und Ort / Postal code and city:	Land / Country: DE
Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:	
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by creditor):	
<p>Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p>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.</p> <p>By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) 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 (name see above).</p> <p>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.</p>	
Zahlungsart/ Type of payment: <input type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung/ One-off payment	
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:	
<u>Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address</u> Straße und Hausnummer / Street name and number:	
Postleitzahl und Ort / Postal code and city:	Land / Country: DE
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters): DE	
BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters): DE	
Ort / Location:	Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:	