



Badminton Sportverein Einheit Greifswald e. V.

Mitglied im Stadtsportbund Greifswald, im Landessportbund und im Deutschen Badmintonverband

Aufnahmeantrag und Einzugserlaubnis

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Badminton Sportverein Einheit Greifswald e. V. (nachfolgend BSV genannt):

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

e-mail: _____

Adresse: _____

Spielerstatus:

- Erwachsener**
- Student** (Nachweis beifügen)
- Jugendlicher (ab 15 Jahre) / Auszubildender / Arbeitsloser**
- Kind (bis 14 Jahre)**

Ich zahle den aktuellen Mitgliedsbeitrag (siehe Beitragsordnung vom BSV, Stand 17.06.2015):

per Bankeinzug :

- Halbjährlich zum 28.02. und 31.08.
 - Jährlich zum 28.02.
- (das SEPA-Lastschriftmandat habe ich ausgefüllt)

Die Satzung und die Beitragsordnung des BSV erkenne ich an und bestätige, dass mir die Kündigungsfristen bekannt sind. Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben und werde Änderungen unverzüglich mitteilen. Zu meiner Sicherheit werden alle Daten vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Entscheidung des Vorstandes

Der Antrag wurde in der Vorstandssitzung am _____ beraten. Es waren _____

Vorstandsmitglieder anwesend. Dem Antrag wurde zugestimmt: ja / nein (zutreffendes markieren).

Unterschrift: _____





Badminton Sportverein Einheit Greifswald e. V.

Mitglied im Stadtsportbund Greifswald, im Landessportbund und im Deutschen Badmintonverband

BSV Einheit Greifswald e.V.
c/o Jan Wesche, Trelleborger Weg 34, 17493 Greifswald
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE13ZZZ00001297401

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt – email-Adresse muss aktiv sein!)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger BSV Einheit Greifswald e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger BSV Einheit Greifswald e.V. 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): _____

Adresse (Strasse, PLZ, Wohnort): _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift