

# AIKIDO CLUB AICHTAL E.V.



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum AIKIDO CLUB AICHTAL E.V.

|                       |                       |  |
|-----------------------|-----------------------|--|
| <b>Name:</b> .....    | <b>Vorname:</b> ..... | <b>Jahresbeiträge</b> (bitte ankreuzen)              |
| <b>Straße:</b> .....  |                       | Erwachsene € 80,- <input type="checkbox"/>           |
| <b>PLZ/Ort:</b> ..... |                       | *1(Familienmitglieder € * ) <input type="checkbox"/> |
| <b>geb. am:</b> ..... |                       | Schüler, Studenten € 50,- <input type="checkbox"/>   |
| <b>geb. in:</b> ..... |                       | *2 Zweitmitgliedschaft 50% <input type="checkbox"/>  |
| <b>Telefon:</b> ..... |                       |  |
| <b>E-Mail:</b> .....  |                       |  |

\*1 Bei Familien zahlt grundsätzlich nur das erste Kind, wenn beide Elternteile bereits Mitglied sind. Alle weiteren Kinder sind beitragsfrei!

\*2 Beträgt 50% des lfd. Jahresbeitrages für Erwachsene. Der Antragsteller hat den Nachweis einer Erstmitgliedschaft in einem anderen Verein/Schule für Aikido/Iaido zu erbringen.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an und verpflichte mich zur pünktlichen Zahlung der Mitgliedsbeiträge. Die Beiträge sind im ersten Quartal des Jahres fällig. Änderungen meiner Anschrift, meiner Bankverbindung, meines Jahresbeitrages sowie die Kündigung der Mitgliedschaft teile ich unverzüglich dem Vorstand (siehe Kontaktadresse) schriftlich mit. Die Kündigungsfrist beträgt 1 Monat zum Jahresende.

**Kontaktadresse:** .....

schatzmeister@aikido-aichtal.de Ort und Datum

.....  
Unterschrift (evtl. Erziehungsberechtigter)

## EINZUGSERMÄCHTIGUNG mit SEPA-Lastschriftmandat

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Zahlungsempfänger               | AIKIDO CLUB AICHTAL E.V., Oberdorfstr. 12/1, 70794 Filderstadt |
| Gläubiger-Identifikationsnummer | DE87ACA00000373599   |
| IBAN                            | DE31 6115 0020 0010 6750 09                                    |
| BIC                             | ESSLDE66XXX  |

Ich ermächtige den AIKIDO CLUB AICHTAL E.V. hiermit, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom AIKIDO CLUB AICHTAL E.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Hinweis: Nach Bearbeitung des Mitgliedsantrages wird Ihnen die Mandatsreferenznummer per E-Mail mitgeteilt.

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>Kontoinhaber:</b> ..... | <b>Bank:</b> .....                      |
| <b>IBAN:</b> .....         | <b>BIC:</b> .....                       |
| (Kontonummer)              | (BLZ)                                   |
| .....<br>Ort und Datum     | .....<br>Unterschrift des Kontoinhabers |