

Barther Drachenboot Verein Pommerexpress 1996 e. V.



Barther Drachenboot Verein 1996 e. V. • Pohlstraße 34 • 18356 Barth

Aufnahmeantrag

Hiermit stelle ich den Antrag um Aufnahme als:

(Bitte den entsprechenden Status ankreuzen)

- Erwachsener (ab 18 Jahre)
 Jugendlicher (bis 18 Jahre)
 Schüler/ Student (18 – 26 Jahre)
 Fördermitglied

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mitgliedsnummer bei Aufnahme

in den Barther Drachenboot Verein Pommerexpress 1996 e. V.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass ich in leichter Bekleidung mindestens 100 m schwimmen kann. Für die Aufnahme von Jugendlichen ist die schriftliche Einwilligung der Erziehungsberechtigten Bedingung. Es besteht über den Verein keine Unfallversicherung, so dass jedes Mitglied sich privat versichern muss.

Name:

Vorname:

Straße:

NR:

Geburtsdatum:

--	--	--	--	--	--	--	--

PLZ:

Ort:

Tel./ Mobil:

E-Mail:

Die gültige Satzung, die Beitrags- und Gebührenordnung liegen in der Geschäftsstelle zur Einsicht aus. Mit meiner Unterschrift erkenne ich diese Vereinsnormen an.

Unterschrift:

Datum:

Unterschrift der Erziehungsberechtigten bei Jugendlichen:

Bestätigung der Aufnahme durch den Vorstand:

Barther Drachenboot Verein
Pommerexpress 1996 e.V.

Pohlstraße 34
18356 Barth

Bankverbindung
Sparkasse Vorpommern
IBAN: DE 54 1505 0500 0100 0168 71
BIC: NOLADE21GRW

Vereinsregister-Nr.: VR 550
Vereinskennziffer LSB: 13 22 552
Steuernummer: 181 / 142 / 02 445

Website: www.pommerexpress.de

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate refence (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / 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 dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

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).

As part 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.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN oft he debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY)

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) oft he debtor: