

RapiDOs

LC Rapid Dortmund 2000 e. V.

Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Aufnahme mit Wirkung vom _____
als aktives/passives Mitglied.

Name: _____ geb.: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____ Tel.: _____

E-Mail: _____

Die Vereinssatzung erkenne ich an und verpflichte mich zur pünktlichen Zahlung der Mitgliedsbeiträge durch Bankeinzugsverfahren auf das Beitragskonto der Stadtparkasse Dortmund Nr.: 681 005 706, BLZ.: 440 501 99.

Der Austritt kann frühestens zum 31.12. des Eintrittsjahres erfolgen und ist nur zum Ende eines Kalendervierteljahres möglich. Der Austritt muss schriftlich spätestens zum dritten Werktag eines Kalendermonats für den Ablauf des übernächsten Monats erfolgen.

Bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre:

Erziehungsberechtigte: _____

Ich entrichte den monatlichen Beitrag für (bitte ankreuzen):

- | | |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Beitragsgruppe 1
Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahres | 3 € |
| <input type="checkbox"/> Beitragsgruppe 2
Auszubildende, Wehr- und Ersatzdienstleistende, Studenten
und Schüler bis zum vollendeten 26. Lebensjahr | 5 € |
| <input type="checkbox"/> Beitragsgruppe 3 - Erwachsene | 6,50 € |
| <input type="checkbox"/> Beitragsgruppe 4 - Familien mit Kindern | 12,50 € |
| <input type="checkbox"/> Beitragsgruppe 5 - passives Mitglied | 5 € |

Dortmund, den _____

Unterschrift

Für Kinder und Jugendliche:

Mit dem Beitritt meines Kindes erkläre ich mich einverstanden und hafte für die entstehenden Verbindlichkeiten.

Unterschrift Erziehungsberechtigte

RapiDOs
LC Rapid Dortmund 2000 e. V.

SEPA-Lastschriftmandat

Lauf Club Rapid Dortmund 2000 e. V.
Vaerstenberg 12b
58313 Herdecke

Gläubiger-Identifikationsnummer DE46ZZZ00001024043
Mandatsreferenznummer: wird noch vergeben – entspricht der Mitgliednummer

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Lauf Club Rapid Dortmund 2000 e.V. ,Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Lauf Club Rapid Dortmund 2000 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift

DIESES SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT GILT FÜR DIE MITGLIEDSCHAFT VON

VORNAME und NAME des Mitglieds

Ich wünsche die Abbuchung (bitte ankreuzen):

- vierteljährlich
- halbjährlich
- jährlich

Erfassung _____
Kassenwart _____