

Niederschlesischer Athletenclub Görlitz e.V.

Käthe-Kollwitz-Str. 22 02827 Görlitz

Tel.: 03581 7049800, Fax.: 03581 7049799 Mail: info@sportzentrum-flora.de

Aufnahmeantrag

Hiermit stelle ich den Antrag auf Vereinsmitgliedschaft beim
Niederschlesischen Athletenclub Görlitz e.V.

Abteilung bitte ankreuzen (auch doppelt Mitgliedschaft in einzelnen Abt. ankreuzen)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gewichtheben | <input type="checkbox"/> Fitness | <input type="checkbox"/> Gymnastik |
| <input type="checkbox"/> Speed-Badminton | <input type="checkbox"/> Sport-Kids | <input type="checkbox"/> Aktiv-Kids |
| <input type="checkbox"/> Hapkido/BSZ | <input type="checkbox"/> Hapkido | <input type="checkbox"/> Hapkido-Kids |
| <input type="checkbox"/> Aerobic | <input type="checkbox"/> Taekwondo-Kids | <input type="checkbox"/> Fördernde Mitglieder |

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Straße:

PLZ:

Ort:

Mail:

Telefon:

Eintritt am:

Beitragszahlung bitte ankreuzen:

Rechnung:

viertelj. Bankeinzug:

halbj. Bankeinzug:

10.01./10.07. lfd. Kalenderhalbjahr

10.01./10.04./10.07./10.10. lfd. Kalenderjahr

10.01./10.07. lfd. Kalenderhalbjahr

Hiermit erkenne Ich die Satzung und Beitragsordnung des NSAC Görlitz e.V. an.

Die Satzung liegt in der Geschäftsstelle aus.

Görlitz, den

Unterschrift:

Bei Minderjährigen Unterschrift der Erziehungsberechtigten!

Ich/Wir als der/die gesetzlichen Vertreter genehmige/n hiermit den Beitritt für mein/unser Kind und übernehme/n bis zum Eintritt der Volljährigkeit (18. Lebensjahr) die persönliche Haftung für die Beitragspflichten meines/unseres Kindes gegenüber dem Verein.

1:

2:

Einzugsermächtigung: Hiermit ermächtige/n ich/wir den Verein NSAC Görlitz e.V. widerruflich, den Mitgliedsbeitrag in festgelegter Höhe bei Fälligkeit einzuziehen. Das Mitglied erklärt durch Unterschrift die Teilnahme am Lastschriftverfahren und erkennt gleichzeitig die Bedingungen zum Lastschriftverfahren an. Bearbeitungsgebühr von 5,00 € wird erhoben bei folgenden Ereignissen: 1. Bei unberechtigter Rückbuchung der Lastschrift 2. Keine Kontodeckung 3. Veränderte Kontodaten. Erster Einzug spätestens 4 Wochen nach Eintritt.

Name:

Vorname:

Konto Nr.:

BLZ:

Einzug für:

Datum:

Unterschrift:

Mitgliedsnummer: _____ Kartennummer: _____
(wird vom Verein ausgefüllt)

Unterschrift:
Abt. Leiter/Trainer