Beitrittserklärung

Geschäftsstelle
DJK SV Adler Königshof 1919 e.V.
Uta Stangenberg ▪ Altmühlenfeld 186
47807 Krefeld ▪ Tel.: 30 63 96
vorstand@djk-adler-koenigshof.de

Gläubiger ID: **DE42ZZZ00001870731**

Name: _____ **Vorname:** _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Geb.-Datum: _____ Datum des Eintritts: _____

Name und Vorname der Eltern: _____
(nur bei Minderjährigen)

E-Mail Adresse, bitte immer angeben: _____

bisheriger Handballverein: _____ Datum des letzten Pflichtspiels: _____
(falls zutreffend bitte eintragen)

Datum, Unterschrift _____ **Telefon:** _____
(bei Minderjährigen Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)

Hinweis für die Eltern: Bitte klären Sie vor dem Beitritt mit einem Arzt, ob Ihr Kind sporttauglich ist.
Zur Beantragung eines Spielausweises ist der Beitrittserklärung ein Passbild beizufügen; bei Jugendlichen auch eine Kopie der Geburtsurkunde. Beim 1. Beitragseinzug erheben wir eine einmalige Verwaltungsgebühr von 25,00 €.

Der monatliche Beitrag beträgt:	Kinder/Jugendliche/Studenten	€ 9,00
	2. Kind	€ 8,00
	Senioren	€ 13,00
	Senioren passiv	€ 6,00
	Familienbeitrag	€ 24,00

Der Beitragseinzug erfolgt bargeldlos. Wir bitten Sie, den unteren Abschnitt ebenfalls auszufüllen.
Der Beitrag wird jeweils für ein halbes Jahr eingezogen (10.1. / 10.7.)
Die Austrittserklärung ist schriftlich an den Geschäftsführer zu richten. Der Austritt ist nur zum Schluss eines Kalenderhalbjahres unter Einhaltung einer Frist von 6 Wochen zulässig.
Die vorstehenden Daten werden für vereinsinterne Zwecke per EDV gespeichert.
Unterstützung in der Vereinsarbeit ist erwünscht.

Bitte achten Sie auf vollständige Angaben, E-Mail, Unterschriften, u.s.w. Anmeldung-Adler 03-2016.pdf

---

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz-Nr.: _____

Ich ermächtige den DJK SV Adler Königshof 1919 e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich das kontoführende Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger DJK SV Adler Königshof 1919 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 dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname: _____ Straße: _____
(Kontoinhaber)

Wohnort: _____

IBAN: D E _____

Ort, Datum: _____ **Unterschrift Kontoinhaber** _____

Die Mandatsreferenz-Nr. wird separat mitgeteilt.