VOLLEYBALL-SPORT-CLUB 1988 e.V. GREVENBROICH

Aufnahmeantrag

Hiermit bitte ich um Aufnahme in den **VSC 88 Grevenbroich e.V.**

Vorname: _____ Name: _____ Geschlecht: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ Nationalität: _____

_____ _____ _____

Festnetz Mobilnummer Mitglied Mobilnummer Erziehungsberechtigter

E-Mail (Mitglied): _____ E-Mail (Erziehungsberechtigter): _____

Die Mitgliedsbeiträge pro Jahr betragen:

Erwachsene:	120,- € ☐	Fördermitglieder:	48,- € ☐
Jugendliche bis 14 Jahre:	36,- € ☐	Jugendliche 14 – 18 Jahre:	48,- € ☐
Familienbeitrag:	240,- € ☐	Spezialbeitrag (nur mit Genehmigung Vorstand):	36,- € ☐
Schüler, Studenten und Azubis über 18 Jahre auf Antrag:			72,- € ☐

Der Mitgliedsbeitrag wird einmal jährlich im Februar eingezogen. Ordnungsgemäß eingezogene Beiträge werden bei zwischenzeitlicher Kündigung nicht erstattet. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist nur halbjährlich bis zum 15.Mai oder bis zum 15.November möglich und muss in schriftlicher Form vorliegen.

Hinweise:

Durch die Einführung des ePasses im WVV zur Saison 2016 / 2017 sind eine Emailadresse sowie die Zusendung eines Fotos an den Geschäftsführer im .JPG - Format erforderlich.

Im Rahmen von Vereinsveranstaltungen können Fotos gemacht werden. Mit dem Aufnahmeantrag wird die Einwilligung erteilt, diese Aufnahmen in der Vereinszeitschrift und im Internet zu veröffentlichen.

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

_____, den _____ _____

Ort Datum Unterschrift (Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Einzugsermächtigung und SEPA – Lastschriftmandat

|D|E|2|2|Z|Z|Z|0|0|0|0|0|4|0|9|4|9|5| | | | | | | | | | | |

Gläubiger-Identifikationsnummer Mandatsreferenznummer (wird vom Verein vergeben)

Hiermit ermächtige ich den Volleyball-Sport-Club 1988 e.V. Grevenbroich Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Volleyball-Sport-Club 1988 e.V. Grevenbroich auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

_____

Name, Vorname des Kontoinhabers

_____ _____

Straße und Hausnummer PLZ und Ort

_____

IBAN (International Bank Account Number)

_____, den _____ _____

Ort Datum Unterschrift des Kontoinhabers

Geschäftsführer
Dieter Laube
Fockstr. 1
41515 Grevenbroich
https://www.vsc88.de

Tel: +49 2181 63055 Mobil: +49 1575 4432603
E-Mail: Dieter.Laube@vsc88.de
Amtsgericht Mönchengladbach, Vereinsregister - Nr.: VR2768
Finanzamt Grevenbroich St-Nr.: 114/5709/1638

Sparkasse Neuss
IBAN: DE10 3055 0000 0059 1396 00
BIC: WELADEDNXXX
Gläubiger-ID: DE22ZZZ00000409495