

# **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 Minderj. 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