



VfL Maschen von 1911 e.V.

Zum Sportplatz 10 | 21220 Seevetal | 04105 - 83 666
geschaeftsstelle@vfl-maschen.de | www.vfl-maschen.de

Aufnahmeantrag

Beginn der Mitgliedschaft: _____ Mitgliedsnummer _____ (wird vom Verein ausgefüllt)

Vorname: _____ Nachname: _____

Erziehungsberechtigte bei Minderjährigen: _____

Straße: _____

Postleitzahl: _____ Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: weiblich (___) männlich (___)

Telefon: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____ Schüler/Student/Auszubildende (___) ab 18 Jahren bitte mit Nachweis

Besteht bereits eine Mitgliedschaft bzw. eine Mitgliedschaft eines Familienangehörigen?

Nein (___)

Ja (___) Vorname: _____ Name: _____

Jahresbeitrag: Erwachsene 168,00 € - Kinder 96,00 € - Familienbeitrag 330,00 € (ab 3 Personen)
Passiv 60,00 € (___)

Einmalige Bearbeitungsgebühr: Erwachsene 15,00 € - Kinder 8,00 €

Zusatzbeiträge monatlich in €:	Kinder:	Erwachsene:	Ehepaare:
Badminton: (___)	-----	4,00	
Fußball: (___)	3,00	5,00	
Karate: (___)	3,00	5,50	
Wassergym. (___)		5,00	
Schwimmen (___)	5,00	5,00	Anfänger zzgl. einmaliger Kursgebühr v. 35,00 €
Tennis (___)	4,00	8,00	13,50
Yoga: (___)		8,00	
Tanzsport (___)	3,00	5,00	
Ballett/Kindertanz(___)	3,00		
Bollywood (___)		3,00	
Spinning 10 er Karte	20,00		Nichtmitglieder 55,00 €

Kündigungsfristen in den einzelnen Sparten: **schriftlich** zum 30.06. bzw. 31.12. eines Jahres.

Kündigungsfrist des Gesamtvereines: **schriftlich** 6 Wochen zum 30.06. bzw. zum 31.12. eines Jahres

Sportart(en): _____ Übungsleiter: _____

Seevetal, _____ Unterschrift: _____

(Bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

Das Sepa-Lastschriftsformular befindet sich auf der 2. Seite

VfL Maschen von 1911 e.V., Zum Sportplatz 10, 21220 Seevetal
Gläubiger-Identifikationsnummer DE 78 ZZZ 00000 597928

SEPA – Lastschriftmandat

Mandatsreferenz_____ (Wird vom Verein ausgefüllt)

Ich ermächtige den VfL Maschen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom VfL Maschen 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 Nachname des Kontoinhabers:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN:

DE

BIC (8 oder 11 Stellen)

Bankeinzug: jährlich: __ halbjährlich: __ Einzug im Januar+Juli

Ort:

Datum:

Unterschrift:
