



## Aufnahmeantrag – Golfclub Duvenhof e.V.

Hiermit beantrage ich ab dem \_\_\_\_\_ die Mitgliedschaft im Golfclub Duvenhof e. V.

Name			Vorname			Geburtsdatum		
PLZ/Wohnort			Straße					
Handynummer			Telefon			Fax		
Email-Adresse								
Beruf								

### Bestehende und/oder vorherige Mitgliedschaft in einem Golfclub:

Golfclub \_\_\_\_\_ Stammvorgabe \_\_\_\_\_

### Ich beantrage die Mitgliedschaft als

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ordentliches Mitglied              | <input type="checkbox"/> Erwachsene 28. bis 35. Lebensjahr       |
| <input type="checkbox"/> passives Mitglied                  | <input type="checkbox"/> Erwachsene 18. Bis 27. Lebensjahr       |
| <input type="checkbox"/> jugendliches Mitglied bis 18 Jahre | <input type="checkbox"/> Erwachsene 18. Bis 27. Lebensjahr i. A. |

### Folgende Familienangehörige sind bereits Vereinsmitglied (bitte Name, Vorname angeben)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

### Mit der Aufnahme in den Verein erhalte ich Kenntnis und erkenne ausdrücklich an:

- die Satzung und Vereinsordnungen des Vereins
- die Beitragsordnung des Vereins und die jeweils gültigen Beitragssätze
- das Informationsblatt zur Verarbeitung personenbezogener Daten im Golfclub Duvenhof e. V

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Mitglieds \_\_\_\_\_

### Bei Minderjährigen Unterschrift der Erziehungsberechtigten:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

### Beitragszahlung



## Aufnahmeantrag Golfclub Duvenhof e.V.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> jährliche Zahlung   | <input type="checkbox"/> monatliche Ratenzahlung |
| <input type="checkbox"/> halbjährliche Ratenzahlung bei Erwachsenen bis zum 35. Lebensjahr |  |

### Ermächtigung zur Beitragserhebung im SEPA-Lastschriftverfahren

Ich ermächtige den Golfclub Duvenhof e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Golfclub Duvenhof 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 meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

#### Meine Bankverbindung lautet

Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: D E \_\_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

*Ort/Datum*

*Unterschrift des Mitglieds*

### Ausgleich von Forderungen bei abweichendem Kontoinhaber

Soll das SEPA-Mandat nicht zum Ausgleich von Forderungen gegenüber dem Kontoinhaber dienen, sondern zum Beispiel für den Einzug der Mitgliedsbeiträge

- eines vom Kontoinhaber abweichenden Mitgliedes (Partner) oder
- eines Minderjährigen bis zum 18. Lebensjahr oder
- eines Volljährigen bis zum 27. Lebensjahr in Ausbildung

von dem Konto der Eltern oder Partners, so kreuzen Sie unten stehendes Kästchen an und nennen den Namen des Mitgliedes.

- Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

*Ort/Datum*

*Unterschrift des Mitglieds*

### Bei Minderjährigen Unterschrift der Erziehungsberechtigten bzw. Kontoinhabers

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

