



AUFNAHMEERKLÄRUNG

Ich beantrage hiermit die MITGLIEDSCHAFT im CELLER SCHWIMM-CLUB e.V. - CSC

für mich meinen Sohn meine Tochter meine Familie *

mit Wirkung vom: _____ **201** als aktives passives * **Mitglied**

Ich verpflichte mich, gem. Satzung, die geforderten Beiträge zu zahlen. Mit dem Eintritt ist eine einmalige Aufnahmegebühr verbunden. Mir ist bekannt, dass der Austritt schriftlich, mit einmonatiger Kündigungsfrist zum Jahresende, anzuzeigen ist. Die Satzung und die mir übergebenen Aufnahmebedingungen des CSC erkenne ich an.

Name*:		
Vorname*:		
Straße Hausnummer*:		
PLZ Wohnort*:		
Geburts*tag*:		Telefon:
Beruf (frei* w. Angabe):		Schüler / Student:
Bei Familienmitgliedschaft, weitere Angehörige:		
Name:	Vorname:	Geburts*tag:
1.		
2.		
3.		
4.		

Hinweis: unsere Mitgliederverwaltung erfolgt mit Hilfe der EDV. Die Daten unserer Mitglieder werden zu diesem Zweck unter Beachtung der jeweils gültigen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) gespeichert.

Leistungsgruppe* zzgl. € 10,00/Monat JA NEIN **Fördergruppe*** zzgl. € 5,00/Monat JA NEIN

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Name des Zahlungsempfängers:		Celler Schwimm-Club e.V.
Anschrift des Zahlungsempfängers:		Lortzingstr. 15, 29223 Celle
Gläubiger-Identifikationsnummer:		DE16ZZZ00001195400
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):		
Ich / Wir ermächtige/n den Celler Schwimm-Club e.V. Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Celler Schwimm-Club e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.		
Zahlungsart*: wiederkehrende Zahlung		vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/>
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)*:		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):		
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen)*:		DE
BIC (8 oder 11 Stellen)*:		
Ort: Celle	Datum*:	
		* _____ Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)
		* _____ Unterschrift des Mitglieds bzw. des gesetzlichen Vertreters

* = Pflichtangabe bzw. Zutreffendes bitte ankreuzen

v. Beitragswart auszufüllen:

Aufnahmegebühr: JA NEIN Einmalbeitrag: € _____ Datum: _____ bearbeitet(Nz): _____