



Aufnahmeantrag

Eingangsstempel:

QR-Code scannen
und die kostenlose
LüRa App installieren!



Wird vom Verein ausgefüllt
Mitgliedernummer (n)

Nachname	Name	Abteilung	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Straße & Hausnummer	PLZ / Ort	Telefonnummer / Handy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E-Mail Adresse	Beruf (optional)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Weitere Mitglieder anmelden

Bitte ausfüllen. Bei mehreren Personen und verschiedenen Abteilungen bitte angeben, welche Person in welche Abteilung eintreten soll.

Nachname	Name	Abteilung	Geburtsdatum	Bereits Mitglied
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Nachname	Name	Abteilung	Geburtsdatum	Bereits Mitglied
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Gewünschte Abteilungen ankreuzen

Wir/Ich bitte/n ab dem _____ (Datum) um Aufnahme in folgende Abteilung/en:

- Fußball Senioren
 Leichtathletik
 Turnen*
 Judo
 Schwimmen
 Tanzen
 Volleyball
 Handball
 Tennis
 Radsport
 Badminton
 Fußball Nachwuchs

*Hinweis Eltern-Kind-Turnen: zur Anmeldung benötigen wir auch die Angaben mindestens einer erwachsenen Person!

- Aktive Mitgliedschaft
 Passive Mitgliedschaft (20/24€)
 (z.B. Übungsleiter/in/Trainer, Betreuer etc.)

Die Aufnahmegebühr pro Mitglied beträgt einmalig 18,00 Euro

Datum	Unterschrift	Unterschrift Abteilungsleiter
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats (bitte vollständig ausfüllen)

Spielvereinigung Lülldorf-Ranzel 1959 e.V. Gläubiger-ID: 480000000101052
Hiermit ermächtige ich (Name und Anschrift zahlungspflichtiger Kontoinhaber):

Name, Anschrift
von meinem unten genannten Konto im Rahmen dieses SEPA-Lastschriftmandats erstmalige und wiederholende Zahlungen mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein unten genanntes 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. Der Beitragseinzug erfolgt jeweils am 15. Februar und am 15. August eines Jahres, bei unterjährigen Eintritten ersatzweise einmalig am 15. Mai oder

15. November des Eintrittsjahres (Fälligkeitstermine). Sollte der jeweilige Fälligkeitstermin auf ein Wochenende oder einen Feiertag fallen, verschiebt sich die Abbuchung auf den ersten darauffolgenden Banktag.

IBAN:	<input type="text"/>
BIC:	<input type="text"/>
Name der Bank:	<input type="text"/>

Mir ist bekannt, dass nicht eingelöste oder zurückgegebene Lastschriften zu weiteren Gebühren, zum Verlust des Versicherungsschutzes sowie zum Ausschluss aus dem Verein nach §9.1 der Vereinssatzung führen können

Datum	Unterschrift des/der Zahlungspflichtigen
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>