



Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Tel. privat: _____ Geburtsdatum & -ort: _____

E-Mail : _____

meine Aufnahme

die Aufnahme meines Sohnes/die Aufnahme meiner Tochter:

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Tel. privat: _____ Geburtsdatum & -ort: _____

E-Mail : _____

in den

American Football Potsdam Royals e.V.

Feuerbachstr. 1

14471 Potsdam

als aktives Mitglied (18€/Monat) Schüler/Student/Azubi (15€/Monat)

Booster Club Mitglied (84€/Jahr) Flag (10€/Monat)

Senior-Flag (ab 16. Jahren; 12€/Monat)

Für die Mitgliedschaften gelten die Satzung und die Beitragsordnung des Vereins. Diese erkenne ich mit meiner Unterschrift an. Der Aufnahmeantrag wird nicht gesondert durch den Verein bestätigt. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Verein die von mir gemachten Angaben im Rahmen der Mitgliederverwaltung speichert und sie ausschließlich für vereinsinterne Zwecke verwendet. **Der Verein erhebt eine Aufnahmegebühr von 20,00 €.**

Die Beitragszahlung erfolgt durch SEPA Einzug immer im Voraus für die folgende Beitragsperiode:

Bitte Füllen Sie beigefügtes SEPA Mandat aus und geben Sie dieses mit dem Antrag ab.

jährlich (fällig zum 30.09.)

halbjährlich (fällig zum 30.09. und 31.03.)

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin, bei
unter 18 Jahren der gesetzliche Vertreter/die
gesetzliche Vertreterin

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Potsdam Royals e.V.
Feuerbachstr. 1
14471 Potsdam

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)] DE50ZZZ00001985823	[Mandatsreferenz]
[Mitglied Nachname]	[Mitglied Vorname]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir, _____, ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]
Potsdam Royals e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]
Potsdam Royals 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC1	IBAN DE
------	-------------------

1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum	Unterschrift (Zahlungspflichtiger)
------------	------------------------------------