



Aufnahmeantrag

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Abteilung: Mitgliedsnummer:
(wird vom Verein eingetragen!)

Vor- und Nachname	
Straße, Hausnr.	
PLZ, Ort	
Geburtsdatum	
Telefon	
Email	
Newsletter (vierteljährlich)	<input type="checkbox"/> ja, gerne <input type="checkbox"/> nein, danke
Beruf / Schule	

Sind bereits Familienangehörige im MTV Krefeld angemeldet? Falls ja, bitte Mitgliedsnummer angeben:	
--	--

Es gilt die Vereinssatzung in der jeweils aktuellen Version. Diese ist im Internet unter www.mtv-krefeld.de abrufbar. Mit ist bekannt, dass ein Austritt halbjährlich nur nach schriftlicher Kündigung an die Vereinsanschrift zum 1. Juni oder 1. Dezember und nach Erledigung des laufenden Beitrages möglich ist. Die Mitgliedschaft kann frühestens nach einem Jahr gekündigt werden.

_____, _____
Ort Datum Unterschrift Antragsteller

Bei Minderjährigen:

Ich bin mit dem Eintritt meiner Tochter/meines Sohnes in den MTV Krefeld 1956 e.V. einverstanden. Für die pünktliche Zahlung der Mitgliedsbeiträge stehe ich ein. Die obigen Hinweise zur Kündigung habe ich zur Kenntnis genommen.

_____, _____
Ort Datum Unterschrift gesetz. Vertreter

**Bitte füllen Sie unbedingt die
umseitig abgedruckte Einzugsermächtigung aus!**

Anderenfalls kann Ihre Anmeldung nicht bearbeitet werden!

SEPA-Lastschriftmandat:

Die Abbuchung der Mitgliedsbeiträge erfolgt nicht mehr mittels Konto-Nr. bzw. Bankleitzahl, sondern über Ihre internationale Kontonummer **(IBAN)**. Folgende Daten werden Ihnen bei den Lastschrifteinzügen übermittelt:

Zahlungsempfänger: MTV Krefeld 1956 e.V., Zur Eibe 1, 47802 Krefeld.
IBAN: DE54 3205 0000 0055 4597 96
BIC: SPKRDE33
Mandatsreferenz: Ihre Mitgliedsnummer
Gläubiger-ID: DE12ZZZ00000211213

Ich ermächtige hiermit den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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.

Name Kontoinhaber	
Straße, Hausnr.	
PLZ, Ort	
Kreditinstitut	
IBAN	DE __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

_____, _____, _____
Ort Datum Unterschrift Kontoinhaber

Die grau unterlegten Kästchen bitte nicht ausfüllen!

Eintrittsdatum	
Aufnahmegebühr	Euro
Versicherung	Euro
Anteiliger Beitrag lfd. Halbjahr	Euro
Anteiliger Zusatzbeitrag	Euro
Gesamt	Euro