



Aufnahmeantrag für die Mitgliedschaft im Caputher Sportverein 1881e.V. (CSV)

Postanschrift

Max-von-Laue Str. 17, 14548 Schwielowsee
Tel.: 033209-70918

Bankverbindung

Mittelbrandenburgische Sparkasse Caputh
IBAN: DE30 1605 0000 3520 1312 76
BIC: WELADED1PMB

1. Beantragte Mitgliedschaft:

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Eintritt zum _____ Beitrag ab (- 1 Monat = Beitrittsgebühr) _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

E-Mail-Adresse _____

Telefon _____

(privat)

(mobil)

(dienstlich)

2. Bei Minderjährigen der/die Erziehungsberechtigte(n):

Name, Vorname _____

3. Ich möchte in folgender/folgenden Abteilung(en) Sport treiben:

- Badminton Fußball Gymnastik Hallenradsport Kegeln
 Leichtathletik Segeln Tischtennis Volleyball

4. Folgender Monatsbeitrag trifft für die beantragte Mitgliedschaft zu:

- | | | |
|---|---------|---|
| <input type="checkbox"/> Erwachsener A | 12,00 € | Fußball, Tischtennis, Leichtathletik und/oder Hallenrad |
| <input type="checkbox"/> Erw. familienbedingt | 10,00 € | ab drei aktiven Familienmitgliedern |
| <input type="checkbox"/> Erwachsener B | 10,00 € | Gymnastik, Volleyball, Badminton, Kegeln und/oder Segeln |
| <input type="checkbox"/> Erw. familienbedingt | 8,00 € | ab drei aktiven Familienmitgliedern |
| <input type="checkbox"/> ermäßigt | 7,00 € | Studenten, Auszubildende, Arbeitslose, Frührentner - Nachweis |
| <input type="checkbox"/> Senior | 7,00 € | zu Beginn des Beitragsjahres 65. Lebensjahr vollendet |
| <input type="checkbox"/> Junior | 7,00 € | zu Beginn des Beitragsjahres 18. Lebensjahr nicht vollendet |
| <input type="checkbox"/> Junior familienbedingt | 5,00 € | ab drei aktiven Familienmitgliedern |

5. Aus meiner Familie ist/sind bereits Mitglied:

1. Name, Vorname _____ 2. Name, Vorname _____

3. Name, Vorname _____ 4. Name, Vorname _____

6. Ich erkenne Satzung und Beitragsordnung an.

Ort, Datum _____

Unterschrift (bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter) _____

7. SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen:

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

Gebühren aus Rücklastschriften wegen geänderter Bankverbindung oder nicht ausreichender Deckung des Kontos gehen zu meinen Lasten.

Kontoinhaber _____

IBAN _____ BIC _____

Ort, Datum _____

Unterschrift des Kontoinhabers _____