

AIKIKAI Tübingen e.V.

Fachverband für Aikido Baden-Württemberg

合気会テュービンゲン
ドイツ

Mitglied des AIKIKAI Deutschland e.V. und der International Aikido Federation (IAF)

Aufnahmeantrag

Hiermit bitte ich um Aufnahme in den AIKIKAI Tübingen e.V. zum _____ (Datum)

Name:

Vorname:

Wohnort:

Straße:

Telefon:

e-mail:

Geburtsdatum:

Beruf:

Die folgenden Bestimmungen habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne diese an:

1. Jeden Wechsel des Wohnsitzes sowie der Bankverbindung (Bank, BLZ, Kontonummer) muss ich schriftlich dem Kassenwart mitteilen.
2. Der Monatsbeitrag wird vierteljährlich bei erteilter Einzugsermächtigung vom Konto abgebucht.
3. Der Austritt kann nur schriftlich zum Schluss des Kalendermonats erfolgen. Er muss zwei Wochen vorher dem Kassenwart mitgeteilt werden.

Haftungsausschluss:

Der Verein haftet gegenüber seinen Mitgliedern und den Teilnehmern seiner Anfängerkurse nicht für die bei den sportlichen Veranstaltungen etwa eintretenden Unfälle oder Diebstähle, auf den Sportplätzen oder in den Räumen des Vereins.

Datum:

Unterschrift:

Erziehungsberechtigter bei Jugendlichen unter 18 Jahren:

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: