



Anmeldung

zur Aufnahme als Mitglied in den 1. Box-Club Marburg 1947 e.V.

Hiermit erkläre ich, dass ich ab demdem 1. Box-Club Marburg 1947 e. V. als Mitglied beitrete.

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

E-Mail:

Ort/Datum:

Unterschrift des Mitglieds oder des gesetzl. Vertreters:

Zurzeit sind folgende monatlichen Mitgliedsbeiträge zu entrichten (bitte ankreuzen):

- | | |
|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> Schüler*innen und Jugendliche bis 17 Jahre | 6,00 €/Monat |
| <input type="checkbox"/> Erwachsene, inklusive Student*innen | 12,00 €/Monat |
| <input type="checkbox"/> Freizeitsportler*innen (1x Training/Woche) | 12,00 €/Monat |
| <input type="checkbox"/> Passive Mitglieder | 6,00 €/Monat |

Es wird eine **einmalige Aufnahmegebühr von 15,00 €** fällig, die zunächst in bar oder mit dem ersten Einzug zum Zeitpunkt des Beitritts zu entrichten ist.

Die Mitgliedsgebühr wird jährlich fällig. Die Beiträge sind, bei Eintritt sofort für das laufende Jahr fällig. Die Zahlung der Mitgliedsbeiträge erfolgt durch Erteilung eines SEPA-Mandats (bitte zweite Seite ausfüllen!) und wird für die folgenden Jahre spätestens bis Ende Februar abgebucht. In Ausnahmefällen kann die Zahlung auch per Dauerauftrag für ein Quartal erfolgen, hierfür bitte das Vereinskonto bei der Sparkasse Marburg-Biedenkopf – IBAN DE53 5335 0000 0027 0232 15, BIC: HELADEF1MAR verwenden.

Kündigungen werden ausschließlich schriftlich entgegen genommen und sind mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende möglich. Kosten die durch Rückbuchungen entstehen, werden dem Mandant in Rechnung gestellt.

Bitte Seite 2 ausfüllen !!

Zahlungsempfänger: 1.Box-Club Marburg 1947 e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 89 ZZZ0 0001 399435

Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer):

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den 1. Box-Club Marburg 1947 e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom 1. Box-Club Marburg 1947 e. V. 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.

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Vorname und Name (Kontoinhaber!):

.....

Straße und Hausnummer:

.....

Postleitzahl und Wohnort:

.....

Name Kreditinstitut:

.....

IBAN:

BIC:

.....

Ort, Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen

.....