

# Aufnahmeantrag



**Mitgliedsnummer** (vom Verein einzutragen): \_\_\_\_\_

**Aufnahmedatum:** \_\_\_\_\_

## Antragsteller

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Telefon dienstlich: \_\_\_\_\_  
(evtl. Eltern)

Wie seid ihr zu uns gekommen?

- Schule / AGs
- Internet / Medien
- Freunde
- Eigenes Interesse am Basketball
- Sonstiges \_\_\_\_\_

## Einverständniserklärung

Ich habe die Vereinssatzung und die Beitragsordnung zur Kenntnis genommen und bin mit deren Geltung einverstanden.

**Ich beantrage hiermit die Aufnahme in den Verein ChemCats Chemnitz e. V.**

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

(wenn der Antragsteller das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat)

## Monatlicher Mitgliedsbeitrag

10 €

**Spielerinnen**

3,50 €

**Passive Mitglieder**

€

**Freiwilliger  
höherer Betrag  
(5 €, 10 €, 15 €, ...)**

**Einmalige Aufnahmegebühr: 10 €**

BITTE BEACHTEN SIE DAS LASTSCHRIFTMANDAT AUF DER RÜCKSEITE BZW. ZWEITEN SEITE DIESES ANTRAGES.

AUF GRUND VON GESETZLICHEN BESTIMMUNGEN IST ES ERFORDERLICH, **IBAN** UND **BIC** ANZUGEBEN. DIESE BEIDEN NUMMERN FINDEN SIE AUF IHREN KONTOAUSZÜGEN.

# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

ChemCats Chemnitz e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Theaterstr. 42 / 44

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

09111 Chemnitz

**Land / Country:**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

| D E 1 2 Z Z Z 0 0 0 0 0 1 2 1 1 0 0 |

**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:**