



Beitrittserklärung - in Druckbuchstaben auszufüllen

Name	geboren	Telefon
Vorname	Mobil	
Straße / Haus-Nr.	Mail	
PLZ / Wohnort	weiblich ☐	männlich ☐

Beim Jobcenter kann unter Vorlage eines Nachweises vom Verein oder der Kontoauszugskopie das Bildungs- und Teilhabepaket von pauschal 15 Euro/Monat beantragt werden, nur möglich bei sonstigem Leistungsbezug!

Aufnahmegebühr (einmalig) 8,00 € plus Monatsbeitrag:

	Kinder/Jugendliche bis 17 Jahre	Erwachsene	Familie
Turnen	☐ 12,00 €	☐ 9,00 €	☐ 24,00 €
Volleyball	☐ 8,00 €	☐ 9,00 €	☐ 20,00 €
Leichtathletik	☐ 8,00 €	☐ 9,00 €	☐ 20,00 €
Handball	☐ 9,00 €	☐ 11,00 €	☐ 22,00 €
Pickleball	☐ 8,00 €	☐ 9,00 €	☐ 20,00 €
Passiv	☐ 3,00 €	nimmt nicht am Übungsbetrieb teil!	

gesundheitliche Besonderheiten:

Einwilligung zur Veröffentlichung von Fotos ☐ Nein ☐ Ja **bitte ankreuzen!**

Ein Widerruf ist schriftlich ohne Grundangabe jederzeit möglich!

Übungsleiter (Unterschrift/Gruppe)

Die Mitgliedschaft beginnt am 1. des Anmeldemonats. Für Mitgliedschaften gelten die Satzung und die Ordnungen des Vereins. Diese erkenne ich mit meiner Unterschrift verbindlich an.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Verein die von mir gemachten Angaben im Rahmen der Mitgliederverwaltung elektronisch speichert und sie ausschließlich für vereinsinterne Zwecke verwendet. Eine Weitergabe der Mitgliedsdaten findet nicht statt.

Der Austritt aus dem Verein (Kündigung) erfolgt schriftlich mit eigenhändiger Unterschrift und ist an die Geschäftsstelle zu richten. Er ist laut Vereinssatzung zum 30.06. und 31.12. eines Jahres möglich.

SEPA-Lastschriftmandat

VfL Rot-Weiß Dorsten e. V., Kurt-Schumacher-Straße 27, 46284 Dorsten

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE85VfL00000738161

Mandantsreferenz:

Mitgliedsnummer des Vereinsmitgliedes

Ich ermächtige den VfL Rot-Weiß Dorsten e. V. wiederkehrende Zahlungen (fällige Mitgliedsbeiträge im Quartal) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom VfL Rot-Weiß Dorsten 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.

Die Abbuchung des Beitrages erfolgt quartalsmäßig Ende März, Juni, September und Dezember!

Bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen!

Kontoinhaber			
Kreditinstitut		BIC	
IBAN	DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
Datum		Unterschrift	