



Eckernförder Karate-Verein Fuji-Yama e. V.

Mitglied im Deutschen Karateverband e. V.

Anmeldung



Mitgliedsnummer (nicht selbst ausfüllen): _____

_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Straße	PLZ Wohnort
_____	_____
Geburtsdatum	E-Mail
_____	_____
Telefon	Mobil

Hiermit trete ich dem Eckernförder Karate-Verein Fuji-Yama e. V. zum _____ als Mitglied bei.

Die Mitgliedschaft beträgt mindestens drei Monate und kann zum Ende des folgenden Quartals schriftlich beim Vorstand gekündigt werden. Die Satzung des Vereins erkenne ich an. Eine Durchschrift dieser Anmeldung habe ich erhalten.

Sparte:

- Karate Kara-T-Robics Selbstverteidigung

Ort, Datum Unterschrift Mitglied

Unterschrift Verein Unterschrift Erziehungsberechtigter

Vereinsbeiträge pro Quartal und DKV-Beiträge pro Jahr

(jeweils fällig zum 01. des beginnenden Quartals/Jahres)

<input type="checkbox"/> Kind (bis 14 Jahre)	20,00 €	<input type="checkbox"/> Aufnahmekosten (einmalig)	13,00 €
<input type="checkbox"/> 2 Kinder (bis 14 Jahre)	35,00 €	<input type="checkbox"/> Karatepass Ausstellung (einmalig)	10,00 €
<input type="checkbox"/> 3 Kinder (bis 14 Jahre)	48,00 €	Jahresbeiträge des Deutschen Karateverbands (nur Karate):	
<input type="checkbox"/> Erwachsener (ab 15 Jahre)	30,00 €		
<input type="checkbox"/> 1 Erwachsener und 1 Kind	45,00 €	<input type="checkbox"/> Jahressichtmarke Kind (bis 13 Jahre)	18,00 €
<input type="checkbox"/> Familienbeitrag	58,00 €	<input type="checkbox"/> Jahressichtmarke Erwachsener	23,00 €
<input type="checkbox"/> Gast	15,00 €		



Eckernförder Karate-Verein Fuji-Yama e. V.

Mitglied im Deutschen Karateverband e. V.

SEPA Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger

Eckernförder Karate-Verein Fuji-Yama e.V.
Schleswiger Str. 35
24340 Eckernförde

Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers

DE04ZZZ00000096994

Mandatsreferenz (wird nachträglich ausgefüllt und dem Zahlungspflichtigen mitgeteilt)

--

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

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber)

Name	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Ort	

IBAN	
BIC	

Ort, Datum

Unterschrift Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber)