

AUFNAHMEANTRAG FÜR JUGENDLICHE

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als JUGENDLICHES MITGLIED in den Golf-Club Süfeld e.V.
(Bis zum vollendeten 21. Lebensjahr)

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße: _____ Postleitzahl: _____

Ort: _____ Geb. Datum: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

Mobil-Nr.: _____ Jugendtraining: ja nein

Stammvorgabe: _____ Heimatclub: _____

Name, Vorname Erziehungsberechtigte(r): _____

- a) Jahresbeitrag bis zum vollendeten 12. Lebensjahr (inkl. Clubkosten) € 55,00
b) Jahresbeitrag 13. – bis zum vollendeten 17. Lebensjahr (inkl. Clubkosten) € 143,00
c) Jahresbeitrag 18. – bis zum vollendeten 21. Lebensjahr (inkl. Clubkosten) € 285,00

(bitte ankreuzen:)

c1) Ich wünsche eine jährliche Zahlungsweise des Beitrags

Auf folgendes Konto:

GC Süfeld e.V., IBAN: DE 94 2135 2240 0090 0502 55 , Sparkasse Holstein

Oder:

c2) Ich wünsche eine monatliche Zahlungsweise des Beitrags in Höhe von € je 28,75

(nur bei Einzugsermächtigung möglich)

d) Trainingspauschale (nur wenn Jugendtraining gewünscht ist) € 75,00

Auf folgendes Konto:

Rookledge Golf Betriebs & Verwaltungs GmbH, IBAN: DE 88 200 505 5010 3428 3646, Haspa

- Ich erkenne mit diesem Mitgliedsantrag die jeweils gültige Satzung und Gebührenordnung mit den jeweiligen gültigen Beitragssätzen des Golf-Club Süfeld e.V. an.
- Das Informationsblatt zur Verarbeitung personenbezogener Daten im GC Süfeld e.V. habe ich zur Kenntnis genommen.
- Ich willige ein, dass Fotos von mir, die im Rahmen von Siegerehrungen, Gruppen- und oder Mannschaftsbilder erstellt werden, auch im Internet veröffentlicht werden dürfen. Die Entscheidung zur Veröffentlichung der Daten im Internet ist freiwillig und kann gegenüber dem Vereinsvorstand jederzeit widerrufen werden.
- Ich willige ein, dass ich den Newsletter mit wichtigen Informationen über Events, Turniere und Platzgegebenheiten, etc. erhalten möchte.

Datum und Ort

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

ERMÄCHTIGUNG ZUM EINZUG

VON BEITRAGSFORDERUNGEN DURCH LASTSCHRIFTVERFAHREN

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines folgenden Kontos durch Lastschrift einzuziehen:

IBAN: _____

BIC: _____ Bank: _____

Kontoinhaber (falls dieser nicht Antragsteller ist): _____

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teilzahlungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Datum und Ort

Unterschrift

Wird intern bearbeitet:

Aushang
 Rechnung

Antrag scan
 Ausweis

Aufnahme Brief
 E-Mail Verteiler

Excel-Liste
 Zustimmungsliste Vermerk