



AUFNAHMEANTRAG

Ludwigshafener Sportclub 1925 e.V.

Mitgliedsnummer

Abteilung

Familiename

Vorname

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

männlich

weiblich

Straße, PLZ, Wohnort

Telefon

E-Mail-Adresse



Wir wurden über die Arbeit und Programme von AiL informiert und stimmen der Weitergabe unserer Daten, an AiL zu! AiL wird diese zu meiner weiteren Information nutzen und nicht an Dritte weitergeben! Weitere Informationen erhalten wir unter: www.anpfiff-ins-leben.de oder telefonisch unter 0621/55900760.

Aufnahme als: (bitte ankreuzen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mitglied über 18 Jahre | <input type="checkbox"/> Rentner |
| <input type="checkbox"/> Jugendmitglied bis 18 Jahre | <input type="checkbox"/> Schüler, Student, Azubi |

bis voraussichtlich (Datum)

Mitgliedsbeiträge (Stand 01.01.2018):

Jugendliche, Rentner, Studenten, Auszubildende	mtl.	€ 9,00	im Jahr	€ 108,00
Erwachsene	mtl.	€ 10,00	im Jahr	€ 120,00
Familienbeitrag	mtl.	€ 22,00	im Jahr	€ 264,00

Bei Eintritt ist der Mitgliedsbeitrag für 6 Monate im voraus zu entrichten. Der Austritt kann nur zum 30. Juni oder 31. Dezember eines Jahres erfolgen und muß bis zum vorab genannten Termin schriftlich vorliegen.

Ludwigshafen am Rhein, den _____

Unterschrift

Bei Jugendlichen: _____
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Aufnahme erfolgt durch (Datum, Name)

In Datenbank übernommen am (Datum Name)

Ludwigshafener Sport – Club 1925 e.V.
Abteistraße 10
67065 Ludwigshafen

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels SEPA Lastschriften für die Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE32ZZZ00000766178**

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich die von mir zu entrichtenden Zahlungen für den Mitgliedsbeitrag beim LSC bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos mittels SEPA Lastschrift einzuziehen. Nachfolgend die Daten der Bankverbindung und Zahlungsweise:

- | | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zahlungsweise halbjährlich | = | € 54,00 / € 60,00 / € 132,00 | (nicht zutreffendes durchstreichen) |
| <input type="checkbox"/> Zahlungsweise jährlich | = | € 108,00 / € 120,00 / € 264,00 | (nicht zutreffendes durchstreichen) |

IBAN

BIC / SWIFT

Name des Kontoführenden Kreditinstitutes

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung. Entstehende Kosten wegen Nichteinlösung gehen zu Lasten des nachfolgend genannten Kontoinhabers

Sonstige Bemerkungen: _____

Name (Kontoinhaber)

Vorname (Kontoinhaber)

Straße (Kontoinhaber)

PLZ, _____
Wohnort (Kontoinhaber)

Telefon mit Vorwahl (Kontoinhaber) / E-Mail-Adresse (Kontoinhaber)

Beruf (Kontoinhaber, freiwillige Angabe)

Datum / Unterschrift (Kontoinhaber, Vor- und Zuname)