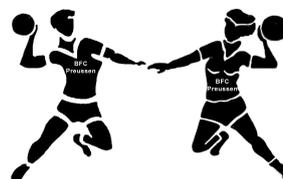




BFC PREUSSEN BERLIN 1894 e.V. HANDBALLABTEILUNG



BFC PREUSSEN BERLIN
Handballabteilung
Malteser Str. 24-36
12249 Berlin

Abteilungsleiter	Roberto Rakic 0160/97997732 roberto.rakic@brcomberlin.de
Stellv. Abteilungsleiter	Alexander Schwabe 0176/10036393 alex..schwabe@lanke-charter.de
Kassiererin	Evelyne Poschmann 0173 / 642 81 27 evy.poschmann-bfc@gmx.de

MITGLIEDSNUMMER
(wird vom Verein vergeben)

AUFNAHMEANTRAG

Erwachsene / Erwachsene ermäßigt (Studenten, Azubis, o.ä.) / A- und B-Jugend / C-Jugend / D-, E-, F-Jugend (Minis) / Pasiv

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname

Geburtsdatum und -ort

Straße und Hausnummer

PLZ Ort

Telefonnummer

E-Mail

die Aufnahme in die HANDBALLABTEILUNG des BFC PREUSSEN Berlin 1894 e.V.

Die Vereinssatzung, die Abteilungsordnung der Handballabteilung sowie deren Beitragsordnung habe ich zur Kenntnis genommen (www.handball.bfc-preussen.de).

Mir ist bekannt, dass die Aufnahmegebühr, der erste Jahresbeitrag sowie alle Folgebeiträge per Lastschrift von meinem Konto eingezogen werden, wofür ich das beigefügte Mandat erteile.

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten für Zwecke des Sportbetriebes und des Vereinslebens gespeichert und ggf. auf der Website der Abteilung veröffentlicht werden. Die Datenschutzerklärung auf der Vereinswebsite habe ich ebenfalls zur Kenntnis genommen und stimme dieser zu.

Ort, Datum

Unterschrift

! ZWEITE SEITE BEACHTEN !

Bei Minderjährigen zusätzlich auszufüllen:

Name, Vorname (gesetzlicher Vertreter)

Ort, Datum

Unterschrift

EINGANG ____.

AUFGENOMMEN ZUM ____.

(wird vom Verein ausgefüllt)



BFC PREUSSEN BERLIN 1894 e.V.
HANDBALLABTEILUNG



SEPA - LASTSCHRIFTMANDAT

MITGLIEDSNUMMER
(wird vom Verein vergeben)

Gläubiger Identifikationsnummer: DE98ZZZ00001501802

Mandatsreferenz: siehe Mitgliedsnummer

Hiermit ermächtige ich die Handballabteilung des BFC Preussen 1894 e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BFC Preussen 1894 e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Name des Kreditinstitutes

DE _____

IBAN

_____ BIC

GEWÜNSCHTE ZAHLWEISE ANKREUZEN

Jährliche Zahlung

Ratenzahlung (6x Monatsraten)

Ort, Datum

Unterschrift