

Boxclub Warendorf e.V.

Aufnahmeantrag Aktive Vereinsmitgliedschaft 2021

Hiermit erkläre ich meinen Eintritt in den Boxclub Warendorf e.V.

Bitte alle Felder vollständig ausfüllen.

| | |
|---------------|----------------------|
| Name: | Vorname: |
| Wohnort: | Straße: |
| Mobil Privat: | Festnetz Telefon: |
| E-Mail: | |
| Beruf: | Staatsangehörigkeit: |
| Geburtsort: | Geburtsdatum: |

Die Mitgliedschaft gilt für zunächst ein Jahr. Wird sie nicht bis zum 30.09. des laufenden Jahres gekündigt, verlängert sich die Mitgliedschaft um ein weiteres Jahr. Mitgliedsbeiträge 2020. Schüler, Kadetten und Junioren U17 = 7,50€ /mtl. Jugend U19, U21 und U23 = 10,00€ im Monat. Erwachsene 12,50€ im Monat. Innerhalb einer Familie, erhält jedes Familienmitglied 25% Rabatt auf den jeweiligen Mitgliedsbeitrag. Zahlungsweise: Bankeinzug jeweils zum 31.01. des laufenden Jahres. Kosten für Rückbuchungen sind in voller Höhe Erstattungspflichtig! Personen die ehrenamtlich im Verein engagiert sind (Trainer, Vorstandsmitglieder), haben 35% Ermäßigung auf den Jahresbeitrag. Eine weitere Rabbatierung ist nicht möglich. Ich bin auch damit einverstanden, dass Fotos und Videos von mir bei Wettkämpfen und Turnierveranstaltungen, auf den Seiten des Bc Warendorf, (Homepage, Facebook, Instagram) und in der Presse und bei Sponsoren zu Werbezwecken verwendet werden dürfen. Der Speicherung und Nutzung von persönlichen Daten zu sportlichen Zwecken stimme ich zu. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Es gelten die Bestimmungen der DSGVO vom 25.05.2018

| | |
|---------------|---------------------|
| Ort: | Datum: __ . __ . 20 |
| Unterschrift: | |

Für Jugendliche unter 18 Jahren.

Als gesetzlicher Vertreter gebe ich hiermit die Zustimmung, dass meine Tochter / mein Sohn, sich als Mitglied im Boxclub Warendorf e.V. anmeldet und am Vollkontakttraining teilnehmen darf.

| | |
|---------------|--|
| Unterschrift: | |
|---------------|--|

Einzugsermächtigung: Hiermit ermächtige ich den Boxclub Warendorf e.V., bis auf Widerruf die von mir / uns zu entrichtenden jährlichen Zahlungen von meinem / unserem Konto einzuziehen.

| | |
|----------|----------|
| Name: | Bank: |
| Vorname: | BIC: |
| Straße: | IBAN: |
| PLZ: | Wohnort: |

Mir ist bekannt, dass das kontoführende Bankinstitut nicht verpflichtet ist die Lastschrift einzulösen falls kein ausreichendes Guthaben vorhanden ist. **Kosten für entstehende Rückbuchungen trägt das Mitglied.**

| | | |
|------|--------|---------------|
| Ort: | Datum: | Unterschrift: |
|------|--------|---------------|

| | |
|-------------------------------|--|
| Nummer der Münsterland Karte: | |
|-------------------------------|--|

Genehmigt:

Abgelehnt: