

# Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme von folgenden Personen in den VfB Fallersleben e.V. ab dem 01.

Vorname	Name	Geb. Datum		Sparte/Angebot
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="text"/>

Straße, Hausnummer:

PLZ:  Wohnort:

Telefon:  E-Mail:

Sparten/Angebote	
Badminton	Schwimmen
Ballett	Ski
Behindertensport	Tanzen
Fußball	Tischtennis
Handball	Turnen
KITA	Triathlon
Leichtathletik	VfB FIT
RadSPORT	Volleyball
Rehasport	Yoga
	YouS Club

**Die Vereinsaufnahmegebühr beträgt 10,00 Euro.**  
Ab 1. Juli 2010 erheben wir folgende monatliche Beiträge. Der Beitragseinzug erfolgt jeweils in der Mitte des Quartals. Änderungen durch Beschlüsse der Mitgliederversammlungen sind vorbehalten. Zusatzbeiträge und Kursgebühren können lt. Beitragsordnung durch die Sparten erhoben werden. **Beitragsgruppe bitte ankreuzen.**

**Regelbeiträge:**

- Erwachsene (12,50€ monatlich)
- Kinder/Jugendliche bis 18 (6,50€ monatlich)
- Ehepaare/Lebensgemeinschaften (24,00€ monatlich)
- Familien/Lebensgemeinschaften mit Kind(-ern) (25,50€ monatlich)

**ermäßigte Beiträge** (auf Antrag mit entsprechendem Nachweis):

- Schüler, Studenten, Freiwilligendienstler, Arbeitslose (7,00€ monatlich)
- Rentner, Senioren ab 65 Jahre (8,00€ monatlich)
- Sozialbeitrag für Familien/Lebensgemeinschaften mit Kind(-ern) (14,50€ monatlich)
- Alleinerziehende mit Kind(-ern) (14,50€ monatlich)
- Behindertensportler in der Sparte Behindertensport (5,00€ monatlich)

**Der Austritt muss schriftlich gegenüber der Geschäftsstelle erklärt werden und ist zum Quartalsende (31.3./30.6./30.9./31.12) unter Einhaltung einer 6-wöchigen Kündigungsfrist möglich.**

Ich stimme zu, dass die persönlichen Daten der o. g. Personen zum Zwecke der automatischen Verarbeitung gespeichert und für den Geschäfts- und Sportverkehr genutzt werden. Die gültige Vereinsatzung und Beitragsordnung erkenne ich an.

Wolfsburg, den \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Unterschrift Antragsteller/Erziehungsberechtigter

VfB Fallersleben e.V., Hoffmannstraße 7, 38442 Wolfsburg

Gläubiger-Identifikationsnummer DE26ZZZ00000361505

Mandatsreferenz: Ihre Mitgliedsnummer (wird separat mitgeteilt)

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige den VfB Fallersleben e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom VfB Fallersleben e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vor- und Zuname (Kontoinhaber):	Straße und Hausnr.:	PLZ und Ort:

<input type="text"/>	DE	<input type="text"/>
Kreditinstitut und BIC:	IBAN:	

Wolfsburg, den \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Unterschrift Kontoinhaber