

Beitrittserklärung VfB YouS-Club

Hiermit beantrage ich für folgende Person die Aufnahme in den **YouS-Club** des VfB Fallersleben e.V. ab dem 01. und bestätigt seine Mitgliedschaft im Gesamtverein (**eine Mitgliedschaft im Gesamtverein ist erforderlich**). Er erkennt die gültige Satzung und Beitragsordnung des Vereins an.

Name: Vorname: m w

Geburtsdatum: Handy: PLZ:

Wohnort: Straße:

E-Mail:

Regelbeitrag: 8€ monatlich

Zusätzlich buchbar: YoungFIT 5€ monatlich + Startpaket 25€ einmalig
(Trainingschlüssel, Eingangsticket)

Wunschzeit für YoungFIT:

Dienstag	<input type="radio"/> 15 - 16 Uhr	<input type="radio"/> 16 - 17 Uhr
Donnerstag	<input type="radio"/> 15 - 16 Uhr	<input type="radio"/> 16 - 17 Uhr
Freitag	<input type="radio"/> 15 - 16 Uhr	<input type="radio"/> 16 - 17 Uhr

Info YoungFIT

- geführtes Gerätetraining im VfB FIT
- ab 14 Jahren
- Nach halbjähriger Mitgliedschaft ist eine Vollmitgliedschaft im VfB FIT möglich, jedoch frühestens mit Vollendung dem 15ten Geburtstag (regelmäßige Teilnahme vorausgesetzt)

Wolfsburg, den _____

Unterschrift (Erziehungsberechtigter)

Der Austritt aus dem VfB YouS-Club muss schriftlich gegenüber der Geschäftsstelle erklärt werden und ist jeweils zum Quartalsende (31.3./30.6./30.9./31.12.) unter Einhaltung einer 6-wöchigen Kündigungsfrist möglich. Mit dem 17ten Geburtstag erlischt die Mitgliedschaft im YouS Club automatisch.

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.

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:

Kreditinstitut und BIC:

IBAN:

Wolfsburg, den _____

Unterschrift Kontoinhaber