



# Aufnahmeantrag

* Familienname		* Vorname		<input type="checkbox"/> *männlich
* Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		* Geburtsort		<input type="checkbox"/> *weiblich
* Straße		* Hausnr.	Beruf	
* PLZ	* Ort	Telefon		
Mobiltelefon		E-Mail		
Bei Minderjährigen zusätzlich auszufüllen: Anrede: <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr				
Familienname des gesetzl. Vertreters		Vorname des gesetzl. Vertreters		
(Mobil)Telefon		E-Mail		
Kündigungen müssen schriftlich, 6 Wochen vor Quartalsende, in der Geschäftsstelle der Sportgemeinschaft 1945 e.V. vorliegen. Mit einem * gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder, die ausgefüllt werden müssen.				
* Datum		* Unterschrift des Antragstellers / Unterschrift des gesetzlichen Vertreters		

Ich möchte Mitglied folgender Abteilung/en werden:

- |                                   |  |                                     |                                 |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Boule    | <input type="checkbox"/> Fußball<br><small>z. Zt. nur passiv</small> | <input type="checkbox"/> Handball ° | <input type="checkbox"/> Schach |
| <input type="checkbox"/> Tanzen ° | <input type="checkbox"/> Tennis °                                    | <input type="checkbox"/> Turnen     | <input type="checkbox"/> Kurse  |

Für die mit einem ° gekennzeichneten Abteilungen wird ein zusätzlicher Abteilungsbeitrag erhoben.

## SEPA Lastschriftmandat

**Gläubiger-ID der SGD: DE56ZZZ00000380656**

Hiermit ermächtige ich die Sportgemeinschaft 1945 e.V. Dietzenbach, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

- jährlich (zum 15.02.)     
  1/2 jährlich (zum 15.02., 15.08.)     
  1/4 jährlich (zum 15.02., 15.05., 15.08., 15.11.)

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Sportgemeinschaft 1945 e.V. Dietzenbach auf meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Mit einem \* gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder, die ausgefüllt werden müssen.

\_\_\_\_\_

\* Name der Bank

\_\_\_\_\_

\* IBAN:

\* BIC:

\* Datum:

\* Unterschrift des Kontoinhabers

