

## Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich, \_\_\_\_\_ (Name,Vorname) meine Aufnahme in den Verein Gladiator Gym e.V.

### Mitgliedsdaten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Wohnort: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

### Mitgliedsdauer:

Dieser Vertrag wird für die Dauer von 6 oder 12 Monaten abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils stillschweigend um weitere 6 oder 12 Monate, wenn nicht 3 Monate vor Ablauf schriftlich gekündigt wird.

<u>Mitgliedsbeitrag</u>	Mitgliedsdauer	<u>12</u> Monate	<u>6</u> Monate
- Kinder bis zur Vollendung des 13. Lebensjahres		35,00 €	55,00 €
- Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres		45,00 €	65,00 €
- Erwachsene (ab 18 Jahre)		55,00 €	75,00 €

Der monatliche Mitgliedsbeitrag in Höhe von € \_\_\_\_\_ wird jeweils zu Beginn eines jeden Monats im Voraus per SEPA-Lastschriftmandat eingezogen.

**Einmalig ist eine Aufnahmegebühr von € 30 zu entrichten.** Diese wird mit dem ersten Mitgliedsbeitrag eingezogen.

**Ich habe die beigelegten Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen und verstanden.**

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung sowie die Ordnungen des Vereins in der jeweils gültigen Fassung als für mich verbindlich an. Die aktuelle Fassung der Satzung habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitglied (ggfs. gesetzl. Vertreter/Erziehungsberechtigter)

### Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Wiederkehrende Zahlungen

Kontakt Daten Verein: Gladiator Gym e.V., Auf dem Ralande 8a, 21465 Wentorf  
Kontakt Daten Antragende/r: Andrea Burmester, Kauersweg 7b, 21521 Dassendorf  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE83ZZZ00002461402  
Mandatsreferenz: GLGY3122HH21465HHM \_\_\_\_\_

### SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige Gladiator Gym e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift zum angegebenen Fälligkeitsdatum einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Gladiator Gym e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber