

## Antrag auf Mitgliedschaft im Krav Maga Brandenburg/Berlin e.V.

Hiermit stelle ich den Antrag auf Mitgliedschaft im Krav Maga Brandenburg/Berlin e.V..

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Straße/Hausnummer

.....  
PLZ

.....  
Ort

.....  
E-Mail

.....  
Telefon

Bei Personen unter 18 Jahren bitte hier den gesetzlichen Vertreter eintragen:

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Straße/Hausnummer

.....  
PLZ

.....  
Ort

Bitte schließen Sie folgende Familienmitglieder in die Mitgliedschaft ein:  
(bzw. Familienmitglieder, welche bereits Vereinsmitglied sind)

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

Mit meiner Aufnahme erkenne ich die Satzung und die Beitragsordnung des Krav Maga Brandenburg/Berlin e.V. sowie die Hallenordnung an. Alle Dokumente wurden mir mit meiner Antragsstellung vorgelegt bzw. übergeben.

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

## SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

		<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Einmalige Zahlung</li> <li><input type="radio"/> Wiederkehrende Zahlung</li></ul>
--	--	---

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

[Mandatsreferenz]

## SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC<sup>1</sup>

IBAN

**DE**

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)