

Aufnahmeantrag

Ich/wir beantrage(n) die Aufnahme in die Wassersportgemeinschaft Rumeln-Kaldenhausen 1961 e.V. als:

- Ordentliches Mitglied
- Familienmitglied
- Studentisches Mitglied (18-25 Jahre)
- Jungendliches Mitglied (15-17 Jahre)
- Schüler-Mitglied (bis 14 Jahre)

| Mitglied | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------------------|---|---|---|---|
| Name | | | | |
| Vorname | | | | |
| Geburtsdatum | | | | |
| Straße u. Hausnr. | | | | |
| Postleitzahl | | | | |
| Ort | | | | |
| Telefon | | | | |
| E-Mail | | | | |
| Beruf | | | | |
| Eintrittsdatum | | | | |

Aus versicherungstechnischen und statistischen Gründen sind bei Beantragung einer Familienmitgliedschaft **alle Familienmitglieder und Kinder** auszuführen, auch dann, wenn diese zur Zeit nicht beabsichtigen aktiv zu werden.

Mir/uns ist bekannt, dass die endgültige Mitgliedschaft erst nach einem Gastjahr erworben wird.

Die Erstrechnung wird sich wie folgt zusammensetzen:

- Jahresbeitrag
- Miete Sommer- bzw. Winterliegeplatz (wenn Boot vorhanden), Plakette der Stadt Duisburg
- Miete Spind
- Kautions für den Anlagenschlüssel (jederzeit Zutritt zum Clubgelände)

(Beitragssätze und Sepa-Mandat siehe nächste Seiten)

Bootseigner versichern, dass für ihr Boot eine gültige und bezahlte Haftpflichtversicherung besteht.

Datum Unterschrift

Datum Unterschrift

(Bei Minderjährigen ist die Unterschrift der / eines Erziehungsberechtigten erforderlich)



000000000100532601170

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Wassersportgemeinschaft Rumeln-Kaldenhausen 1961 e.V

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Borgschenweg 11a

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

47229 Duisburg

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE18ZZZ00002217841

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

manuell