

# Grosselfenger Dalbach-Hexa e.V

---

## AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein Grosselfenger Dalbach-Hexa e.V

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Handy Nr.: \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Ich möchte dem Verein  AKTIV  PASSIV  beitreten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich das ich mir die Satzung des Vereins durchgelesen habe und diese anerkenne.

Grosselfingen, \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

Dem Aufnahmeantrag wird von der Vorstandschaft des Vereins Grosselfenger Dalbach-Hexa e.V. in der Regel in schriftlicher Form stattgegeben. Die Mitgliedschaft in dem Verein beginnt in jedem Fall mit dem im Aufnahmeantrag angegebenen Beitrittsdatum, wenn dem Aufnahmeantrag nicht binnen vier Wochen begründet Widersprochen wird.

---

Hiermit bestätige ich \_\_\_\_\_ den Grosselfenger Dalbach-Hexa e. V., dass ich eine Private Unfall-/Krankenversicherung habe.

Der Verein wird somit von jeglichen Unfallversicherungsleistungen und Zahlungen befreit.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

# Grosselfenger Dalbach-Hexa e.V.

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Grosselfenger Dalbach-Hexa e.V.  
Fliederweg 1  
72415 Grosselfingen**

**Wiederkehrende  
Zahlungen**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]  
**DE56ZZZ00001054903**

[Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt]

## SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) die

[Name des Zahlungsempfängers]

**Grosselfenger Dalbach-Hexa e.V.**

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

[Name des Zahlungsempfängers]

**Grosselfenger Dalbach-Hexa e.V.**

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

BIC1 (8 oder 11 Stellen)

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)

Ausfertigung für den Zahlungsempfänger