WILLKOMMEN IM CLUB

AUFNAHME-ANTRAG | ABTEILUNG: TRIATHLON

ASV Köln e.V.
Olympiaweg 3
50933 Köln

T: 0221 71 99 16-0

info@asv-koeln.de
www.asv-koeln.de

MITGLIED-NR:_____

NAME, VORNAME:_____

GEBURTSDATUM:_____

STRASSE:_____

PLZ, ORT:_____

TELEFON:_____

E-MAIL:_____

MITGLIEDSCHAFT

Hiermit stelle(n) ich / wir den Antrag, dem ASV Athletik Sport-Verein Köln e.V. unter Anerkennung der Satzung beizutreten.

BEGINN DER MITGLIEDSCHAFT:

_____Oktober_____

Aus meiner Familie ist bereits Mitglied im ASV Köln e.V.

NAME, VORNAME	ABTEILUNG
_____	_____

Ich möchte als Mitglied folgendes Angebot wahrnehmen (bitte Trainingszeit oder Kursangebot angeben):

ANGEBOT/KURS	ZEIT	TRAINER
_____	_____	_____

DAUER

Die Mitgliedschaft gilt unbefristet. Die Mitgliedschaft kann durch schriftliche Erklärung gegenüber den geschäftsführenden Vorstand unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Jahresende gekündigt werden.

WILLKOMMEN IM CLUB

ASV Köln e.V.
Olympiaweg 3
50933 Köln

T: 0221 71 99 16-0

info@asv-koeln.de
www.asv-koeln.de

BEITRAG

AUFNAHMEJAHR		BETRAG
Aufnahmegebühr	EUR	**50 €**
Jahresgrundbeitrag (ant.)	EUR	**60 €**
Abteilungsbeitrag (ant.)	EUR	**22,50 €**
Gesamt	**EUR**	**132,50 €**

FOLGEJAHR		BETRAG
Jahresgrundbeitrag	EUR	**240 €**
Abteilungsbeitrag	EUR	**90 €**
Gesamt	**EUR**	**330 €**

DATENSCHUTZ

Der Aufnahmeantrag wird nur unter der Bedingung der schriftlichen Zustimmung der als **Anlage 1** beigefügten Datenschutzerklärung des ASV Köln e.V. angenommen.

Köln, den

Ort, den

ASV Köln e.V.

Antragssteller/in

WILLKOMMEN IM CLUB

ASV Köln e.V.
Olympiaweg 3
50933 Köln

T: 0221 71 99 16-0

info@asv-koeln.de
www.asv-koeln.de

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Name des Kontoinhabers:_____

Straße und Hausnummer:_____

PLZ / Ort:_____

Kreditinstitut:_____

IBAN:_____

Ich ermächtige den ASV Athletik Sport-Verein Köln e.V. die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit von meinem/unserem untenstehenden Konto einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir das Kreditinstitut an, die vom ASV Athletik Sport-Verein Köln e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen für Zahlungen mittels Lastschrift im SEPA-Basislastschriftverfahren.

Ort, den

_____

Unterschrift Kontoinhaber/in