

Aufnahmeantrag

Ich/Wir beantragen zum _____

für mich/uns /meine/unsere Tochter /meinen/unsere Sohn die Aufnahme in den Imperial Club Hamburg e.V.

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Anschrift: Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____

eMail: _____

Gruppe: _____ Wochentag: _____ Uhrzeit: _____

Die Satzung des Clubs ist mir/uns bekannt und wird akzeptiert.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt monatlich _____ € pro Person und ist im Voraus fällig.

Die einmalige Aufnahmegebühr von _____ € pro Person wird mit dem ersten Monatsbeitrag fällig.

Eine Beitragsermäßigung für Schüler, Auszubildende, Studenten usw. wird für längstens 1 Jahr gewährt und kann jeweils um 1 Jahr verlängert werden, wenn das Mitglied unaufgefordert einen entsprechenden Nachweis vorlegt.

Für Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr kann - abweichend von der Satzung - eine Kündigung, die bis zum 15. eines Monats abgegeben wurde, zum Ablauf des Folgemonats wirksam werden. Nach Vollendung des 6. Lebensjahrs gelten die Kündigungsfristen nach §4 der Satzung.

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere Daten bzw. die Daten meines/unsere Kindes nach §26 BDSG in einer EDV-Anlage gespeichert werden.

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass von mir/uns/meinem/unsere Kind Fotos während Veranstaltungen des Imperial Clubs Hamburg e.V. gemacht werden und diese für die Veröffentlichungen des Clubs oder dessen Verbands im Internet oder in der Presse verwendet werden.

Hamburg, den _____

Unterschrift/Unterschriften

SEPA-Lastschriftsmandat

Imperial Club Hamburg e.V., Osdorfer Landstr. 225, 22549 Hamburg

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE96ZZZ00000940693

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den Imperial Club Hamburg e.V., monatlich den Mitgliedsbeitrag und einmalig die Aufnahmegebühr von meinem/unsere Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Imperial Club Hamburg e.V. auf mein/unsere 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/unsere Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name Kontoinhaber: _____

Anschrift Kontoinhaber: _____

Kreditinstitut Name: _____ BIC: _____

IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Datum, Ort und Unterschrift/Unterschriften