



Mitgliedsnr.: _____
(trägt der Verein ein)

Laufsportfreunde Oldenburg e.V. ▪ Am Strehl 128 ▪ 26125 Oldenburg

Laufsportfreunde Oldenburg e. V.
c/o Klaus Schulze
Am Strehl 128
26125 Oldenburg

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein Laufsportfreunde Oldenburg e. V.

ab dem _____ .

Ich zahle die einmalige Aufnahmegebühr von	<input type="checkbox"/> 5,00 Euro
sowie einen monatlichen Erwachsenenbeitrag von	<input type="checkbox"/> 5,00 Euro (Erwachsener)
sowie einen monatlichen (Ehe)-Partnerbeitrag von	<input type="checkbox"/> 8,00 Euro (Ehe)-Partner
sowie einen monatlichen Familienbeitrag von	<input type="checkbox"/> 10,00 Euro (Familie)
sowie einen ermäßigten monatlichen Beitrag von	<input type="checkbox"/> 3,00 Euro (Kinder, Jugend, Student, FSJ, ...)

Erläuterung:

– Erwachsen sind alle ab dem vollendeten 18. Lebensjahr; Jugendliche sind unter 18 Jahre

– Mein (Ehe)-Partner ist _____

– Familienmitglieder sind 1) _____ 2) _____

3) _____ 4) _____

– Ermäßigung erhalten Jugendliche bis 18 Jahre sowie Auszubildende, Studenten und FSJler bis 32 Jahre, die von sich aus turnusgemäß die schriftlichen Nachweise für die Ermäßigung (z.B. Immatrikulationsbescheinigung, ...) einreichen müssen, sowie auswärtige Fördermitglieder. Für jedes (Familien)-Mitglied ist ein eigener Aufnahmeantrag einzureichen.

Geschlecht: weiblich männlich

Vorname, Name: _____

Straße, Nummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon (Festnetz): _____ Telefon (Mobil): _____

E-Mail: _____ Geburtsdatum: _____

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____



Laufsportfreunde Oldenburg e.V. ▪ Am Strehl 128 ▪ 26125 Oldenburg

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE49ZZZ00000313755

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Verein Laufsportfreunde Oldenburg e.V. die einmalige Aufnahmegebühr und die halbjährlichen Beitragszahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Laufsportfreunde Oldenburg e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|

Kontoinhaber: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten mit Hilfe der EDV gespeichert und verarbeitet werden.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____