



## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage/n ich/wir die Aufnahme in den

**Special Olympics Saarland Sportverein e.V.**

Mitgliedsart	Jahresbeitrag
<input type="checkbox"/> Einzelmitglieder – keine Athleten	50,00 €
<input type="checkbox"/> Kinder und Jugendliche – keine Athleten	24,00 €
<input type="checkbox"/> Athletinnen / Athleten	24,00 €
<input type="checkbox"/> Familienmitgliedschaften	80,00 €
<input type="checkbox"/> Fördermitglieder (natürliche Personen) <u>Mindestbeitrag</u>	ab 25,00 €

Mein Beitrag: \_\_\_\_\_ €

Natürliche Person:

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Die Aufnahme erfolgt durch den Vorstand des Vereines. Die Satzung und Beitragsordnung ist mir/uns bekannt. Meine Daten dürfen zur weiteren Bearbeitung an die Geschäftsstelle von Special Olympics Deutschland im Saarland e.V. weitergegeben werden. Die hier angegebenen Daten dürfen zur Kontaktaufnahme verwendet werden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

(bei Kindern u. Jugendlichen Unterschrift beider gesetzlichen Vertreter)

Wenn nur ein gesetzlicher Vertreter unterschrieben hat, bitten wir um kurze Begründung:



## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige *Special Olympics Saarland Sportverein e.V.*, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Special Saarland Sportverein 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.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Name des Kreditinstituts

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_|\_\_\_\_-\_\_\_\_  
BIC

DE \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift des Kontoinhabers

Bei Rechnungsstellung wird eine Bearbeitungsgebühr von EUR 5 erhoben.

Bitte lassen Sie uns eine Rechnung zu kommen.

(Wenn abweichend)

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort