ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Boxschule Kassel e.V.
Damaschkestraße 10, 34121 Kassel
www.boxschule-kassel.de - eMail: info@boxschule-kassel.de
Tel 0561 / 89 08 70

Name:	Vorname:
Straße, Hausnummer:	PLZ, Ort:
Telefon:	Geb. Datum:
E-Mail:	Geschlecht: ☐ männlich / ☐ weiblich / ☐ divers
Bei Minderjährigen Name des /der Sorgeberechtigten:	

Die Vereinssatzung, Hausordnung und die Beitragsordnung habe(n) ich (wir) unter www.boxschule-kassel.de eingesehen und wird von mir (uns) uneingeschränkt anerkannt.

Erwachsene - Einzelmitgliedschaft
☐ monatl. Zahlung .....
☐ Vorauszahlung 12 Monate .....

Jugendliche (8-17 Jahre)
☐ monatl. Zahlung .....
☐ Vorauszahlung 12 Monate .....

Eintrittsdatum.....

Kassel, ...
Ort, Datum, Unterschrift(en)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Boxschule Kassel e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Boxschule Kassel e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Mandatsreferenz u. Gläubiger-Identifikationsnr. wird später mitgeteilt.

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.

Bankbezeichnung:.....

Name des /der Kontoinhaber (s) / Kontoinhaberin:.....

IBAN	D	E																			

Kassel, ...
Datum und Unterschrift / en des /der Kontoinhaber(s) /Kontoinhaberin