

Hamburg**Blue Devils e.V.**

Aufnahmeantrag für den Hamburg Blue Devils e.V.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein Hamburg Blue Devils e.V.

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Nachname: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____._____._____ **Geschlecht:** [] männlich, [] weiblich

Straße: _____ **PLZ:** _____ **Wohnort:** _____

Telefon: (_____) _____ **Mobil:** (_____) _____

Staatsangehörigkeit: _____ **Beruf:** _____

Geburtsort: _____ **E-Mail:** _____

Aufnahme in die Abteilung:

Sparte

American Football: [] Blue Devils (Herren) [] Blue Devils II (Herren)
 [] Junior Devils (U19) [] Rookie Devils (U16)
 [] Little Devils (U13) [] Flag Devils (U16)
 [] Blue Devilyns (Damen)

Sparte

Cheerleading: [] Blue Angels (ab 16J, Mixed) [] Junior Angels (U16)
 [] Pee Wee Angels (U11) [] Glitter Angels (ab 16J, All Girl)

Sparte

Passive: [] Passive (Förderer) [] Alumni (Ehemalige)

Ich erkenne die Satzung des Hamburg Blue Devils e.V. und die dort aufgeführten satzungsgemäßen Ordnungen sowie die Beitragsordnung und Beschlüsse des Vereins als für mich verbindlich an (jeweils einzusehen in der Geschäftsstelle). Ich erkläre, dass alle Angaben zu meiner Person der Wahrheit entsprechen. Veränderungen teile ich dem Verein unverzüglich mit. Mit erfolgter Unterschrift gehe ich einen bindenden Mitgliedsvertrag mit dem Hamburg Blue Devils e.V. ein.

Datum: _____._____._____

Unterschrift: _____
 (Unter 18 Jahren nur mit der Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Aufnahme genehmigt / Mitgliedsnummer: _____

Datum: _____._____._____

Unterschrift: _____
 (Vorstand)

Hamburg



Blue Devils e.V.

Zustimmung zum SEPA Lastschriftverfahren

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Hamburg Blue Devils e.V., Grüzmühlenweg 17, 22339 Hamburg

Gläubiger-Identifikationsnummer DE62HBD00000156284

SEPA-Lastschriftmandat:

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den Hamburg Blue Devils e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hamburg Blue Devils e.V. auf meinem/unseren 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/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Vorname: _____ **Name:** _____
(Kontoinhaber)

Straße/Hausnr.: _____ / _____

PLZ/Ort: _____ / _____

Email: _____

Kreditinstitut (Name): _____ **BIC:** _____ | _____

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

Datum/Ort: _____ / _____ **Unterschrift:** _____
(Unter 18 Jahren nur die Unterschrift der Erziehungsberechtigten/Kontoinhabers)

Hinweis: Bei Widerruf des SEPA-Lastschriftmandat oder wiederholter Retourbuchung wird das SEPA-Lastschriftenverfahren umgehend eingestellt und die alternative Beitragszahlung gemäß aktuell gültiger Beitragsordnung wird fällig, weitere Gebühren gemäß Beitragsordnung können fällig werden.