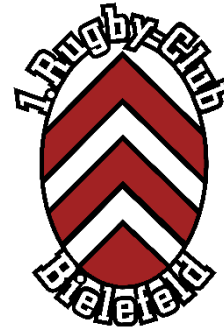


# 1. Rugby-Club Bielefeld e.V.

## Mitgliedsantrag



Wir freuen uns, dass Du Dich entschieden hast, dem 1. Rugby-Club Bielefeld e.V. beizutreten.

Bitte fülle das folgende Formular leserlich in **Druckbuchstaben** aus.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße & Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Rufnummer: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Eintrittsdatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

- Kinder (bis 16 Jahre): 0 € / Monat**
- Jugendliche (bis 18 Jahre): 5 € / Monat**
- Erwachsene (über 18 Jahre): 10 € / Monat**
- Familienbeitrag: 15 € / Monat**
- Passive oder Gastmitgliedschaft: 5 € / Monat**

Die Satzung des Vereins erkenne ich an. Ein Austritt kann nur zum 31.12. eines Jahres erfolgen. Voraussetzung dafür ist, dass die Austrittserklärung bis zum 30. September des laufenden Jahres dem Verein schriftlich zugeht.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

1. Rugby Club Bielefeld e.V.

Lipizzanerweg 6, 33649 Bielefeld

Vorstand: Léa Gauthier, Kimberley Poppmacher, Kristina Reinbold

IBAN: DE07 4805 0161 0064 0090 04 BIC: SPBIDE3BXXX Sparkasse Bielefeld

- Bezahlung per Überweisung oder Dauerauftrag**
- Bezahlung per SEPA-Lastschrift**

Die Lastschriften werden nach Ankündigung pro Quartal eingezogen.

IBAN																				
BIC																				

Name der Bank: \_\_\_\_\_

**Mandat für den Einzug SEPA Basis-Lastschrift:**

Zahlungsempfänger	1. Rugby-Club Bielefeld e.V. Lipizzanerweg 6, 33649 Bielefeld	
	Gläubiger-ID-Nr. DE21ZZZ00000943498	Mandatsreferenz-Nr.= Mitgliedsnummer *

\* Die Mandatsreferenz-Nr. wird dem Kontoinhaber mit einer separaten Ankündigung über den erstmaligen Einzug des Lastschriftbetrages mitgeteilt.

Ich/Wir ermächtige/n den 1. Rugby Club Bielefeld e.V. Zahlungen vom o. g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom 1. Rugby Club Bielefeld e.V. auf mein/unser 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.

- Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Kontoinhaber/in/s