



## Eintrittserklärung

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in den Judo-Club TAI-KIEN Rockenberg e.V. als

( ) aktives Mitglied ( ) förderndes Mitglied.

Durch meine Unterschrift verpflichte ich mich, die Satzung zu achten und die Forderungen des Vereins pünktlich zu erfüllen. Der Austritt aus dem Verein kann nur zum Ende eines Halbjahres erfolgen und muss spätestens drei Monate vorher dem Schatzmeister schriftlich angezeigt werden. Bei Streitigkeiten gilt für beide Teile ausschließlich Friedberg als Gerichtsstand.

Nach Eintritt wird eine **Aufnahmegebühr** in Höhe von **20 €** fällig.

Der **aktive Mitgliedsbeitrag** beträgt bei Einzelmitgliedschaft **30 € pro Quartal**. Der **Familienrabatt** beträgt **ab dem 2. Familienmitglied 50%** (15 € pro Quartal).

Der Mitgliedsbeitrag ist vierteljährig zum 7. des Quartals im Voraus fällig.

Bei **aktiven Mitgliedern** wird jährlich eine **Jahressichtmarke des DJB** in Höhe vom **16 €** berechnet, fällig zum 7. Februar des Jahres.

Daten des Mitglieds (bitte vollständig ausfüllen):

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Geboren am \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds bzw. Erziehungsberechtigten

### Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandat

*Die Entrichtung des Mitgliedsbeitrags erfolgt vierteljährlich durch Bankeinzug jeweils am 7. des Quartals.*

*Die Entrichtung des Beitrags für die Jahressichtmarke erfolgt durch Bankeinzug jährlich am 7. Februar.*

Zahlungsempfänger: Judo-Club TAI-KIEN Rockenberg e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE49ZZZ0000005651

Mandatsreferenz: WV \_\_\_\_\_ - M \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (wird vom Judo-Club vergeben)

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Judo-Club TAI-KIEN Rockenberg e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Judo-Club TAI-KIEN Rockenberg 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.

Kontoinhaber \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Kreditinstitut \_\_\_\_\_  
BIC \_\_\_\_\_ IBAN DE \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds bzw. Erziehungsberechtigten

Bankverbindung: Volksbank Mittelhessen e.G. IBAN: DE02 5139 0000 0086 2437 09 BIC: VBMHDE5F

1. Vorsitzender: Erich Scherer, Karlsbader Str. 7, 61209 Echzell, Tel. 06008 1387

2. Vorsitzender: Jan Hofmann, Arthur-Weber-Weg 8, 61231 Bad Nauheim

Schatzmeister: Wolfgang Drygas, Ziegelgasse 12, 35519 Rockenberg, Tel. 0172 7553498