



# Gesundheitsport Wegberg. e.V.

## Beitrittsformular

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

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

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Ich akzeptiere die derzeit gültige Vereinssatzung, welche ich auf Wunsch einsehen kann. Mir ist bekannt, dass die wichtigen Informationen zum Gesundheitsport am Infoboard im Eingangsbereich zu finden sind. Bei Aufnahme ist der Teil des Jahresbeitrages, entsprechend dem Anteil der Monate im Geschäftsjahr (Kalenderjahr) vom ersten Beitrittsmonat an zu entrichten. Die Verpflichtung zur Zahlung des Jahresbeitrages entsteht zum 01.01. eines Jahres. Eine Abmeldung ist nur zum 31.12. eines Kalenderjahres möglich, wobei die Erklärung schriftlich, bis spätestens 3 Monate vor Schluss des Kalenderjahres beim Vorstand einzureichen ist.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
(bei Jugendlichen: Unterschrift des  
Erziehungsberechtigten)

Beitrag: Stand 2021

Aufnahmegebühr: 5,00 € // Monatsbeitrag: 2,50 € // Jahresbeitrag: 30,00 €

### Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats:

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 78ZZZ00002295428 // Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

#### 1. Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich / wir Sie widerruflich, die von mir/uns entrichtete Zahlung des Jahresbeitrages (inkl. einmaliger Aufnahmegebühr), bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

#### 2. SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Gesundheitsport Wegberg e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Gesundheitsport Wegberg 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.

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers

Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes ( s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung. Etwaige anfallende Gebühren sind vom Mitglied zu entrichten.

Gesundheitsport Wegberg e.V.

Vereinsregister VR 4469 / Amtsgericht Mönchengladbach / Sitz: Wegberg, Postfach 1191, 41837 Wegberg

Kreissparkasse Heinsberg / Konto: IBAN DE 26 3125 1220 1401 8129 69 / BIC WELADED1ERK