

Mitgliedsantrag



ALBA BERLIN Basketballteam e.V.

Cantianstraße 24 · D-10437 Berlin

Telefon: +49 (30) 300 905 - 0

Fax: +49 (30) 300 905 - 99

mitglieder@albaberlin.de

Name, Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Geburtstag

weiblich männlich

Telefon

Email

Mobil

Mobil für sms-Ergebnisdienst

Ich beantrage die Mitgliedschaft im ALBA BERLIN Basketballteam e.V. und die Aufnahme in die Abteilung:

Rollstuhl Basketball

regulär EUR 155,00 / Jahr

ermäßigt* EUR 135,00 / Jahr

* Schüler, Studenten, Auszubildende, Wehr-/Zivildienstleistende, Arbeitslose, **Nachweis erforderlich!**

Beginn der Mitgliedschaft:

Ich erkenne die Satzung des Vereins vorbehaltlos an. Zu Beginn der Mitgliedschaft wird eine Aufnahmegebühr in Höhe von EUR 15,00 fällig. Die Mitgliedschaft wird erst nach Zustimmung des Präsidiums wirksam.

Gleichzeitig nehme ich bis auf Widerruf am Lastschriftverfahren des Vereins teil und erteile ALBA BERLIN Basketballteam e.V. die Genehmigung, die fälligen Beträge einzuziehen.

halbjährlich

jährlich

Kontoinhaber

Bank

BLZ

Kontonummer

Adresse Kontoinhaber
(falls abweichend)

Datum / Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten, der dem Verein für die Zahlung der baren Mitgliedsbeiträge haftet)