

Drachenflugclub Saar e. V.

E-Mail: vorstand@drachenflugclub-saar.de



Aufnahmeantrag

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

Beruf: _____ geb. am: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Ich bitte um Aufnahme als aktives/inaktives Mitglied im Drachenflugclub Saar (DFC-Saar). Über die Aufnahme entscheidet der Vorstand. Die Mitgliedschaft ist vollzogen, wenn die einmalige Aufnahmegebühr von€ und der Jahresbeitrag von€ entrichtet sind und der geschäftsführende Vorstand zugestimmt hat. Der Jahresbeitrag berechnet sich vierteljährlich, rückwirkend zum Eintrittsdatum. Der Vorstand kann bei Fehlverhalten jederzeit einen Ausschluß aus dem Verein bewirken.

Durch Eintritt in den DFC-Saar kann ich auf Antrag gleichzeitig Mitglied im Deutschen Hängegleiterverband (DHV) werden. Ich habe die Möglichkeit mich über den DHV zu versichern (siehe überreichtes Antragsformular). Mir ist bekannt, dass ich als Mitglied des DFC-Saars bzw. des DHVs nicht automatisch versichert bin. Um die gesetzlich vorgeschriebene Halterversicherung muss ich mich selbst kümmern.

Der fällige Jahresbeitrag und die einmalige Aufnahmegebühr werden über Einzugsermächtigung von meinem Konto abgebucht. Bei Austritt aus dem Verein erfolgt keine Rückerstattung des bereits gezahlten Betrags. Alle anderen Rechte und Pflichten ergeben sich aus der Satzung des Vereins, die ich beim Schriftführer anfordern kann.

Kündigungsfrist für das folgende Jahr ist der 30.09 des laufenden Jahres. Danach bin ich verpflichtet den Beitrag für das Folgejahr komplett zu entrichten. Alle Pflichten, Rechte und Leistungen bleiben für das Folgejahr entsprechend erhalten.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich diese Regelung an.

Datum: _____ Unterschrift: _____

gesehen Vorstand:

1.Vorsitzender: _____ Schriftführer: _____ Kassierer: _____

Drachenflugclub Saar e. V.

E-Mail: vorstand@drachenflugclub-saar.de

Gläubiger ID-Nr.: DE13ZZZ00001112907



SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige dem DFC-Saar e. V, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DFC-Saar e. V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

IBAN (Kto.)

BIC (BLZ)

Datum, Ort

Unterschrift

Die Mandatreferenznummer wird dem Kontoinhaber spätestens 7 Tage vor dem erstmaligem Einzug des Lastschriftbetrages mitgeteilt.