



Karate-Dojo Furtwangen e.V.

Antrag auf Mitgliedschaft

1. Allgemeine Angaben

Name	
Vorname	
Straße u. Hausnr.	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	
Geburtsdatum	
Beruf (wenn für Mitgliedschaft relevant)	
E-Mail-Adresse	

Aufnahme in die WhatsApp-Gruppe?

2. Festlegung Beitragssatz und Unterschrift

Einzelperson oder erstes Mitglied einer Familie:

- 84,00€ ab 18 Jahren
- 62,00€ Schüler/Student ab 18 Jahren
- 47,00€ Kind/Jugendlicher bis 18 Jahre
- 20,00€ Passives Mitglied

Weitere Familienmitglieder:

- 64,00€ je weiterer Erwachsener
- 36,00€ für 2. Kind oder 1. Kind eines erwachsenen Mitglieds
- 30,00€ weitere Kinder

Falls eine Familienmitgliedschaft beantragt wird, bitte ebenfalls Namen und Adressen angeben. Dies hat den Hintergrund, dass durch Mitgliederlisten nicht immer alle Familienmitglieder zugeordnet werden können. Eine Kündigung oder Änderung muss schriftlich erfolgen. In den Jahresbeiträgen sind der Ausweis und die Jahressichtmarken des Deutschen Karate Verbandes enthalten. Die Vereinsatzung wird hiermit anerkannt.

Ort, Datum

bei Minderjährigen die Unterschrift des
gesetzlichen Vertreters

Aufgenommen am:

Genehmigt am:

Unterschrift:



SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Karate-Dojo Furtwangen e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Sommerbergstraße 10

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

78147 Vöhrenbach

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE06ZZZ00000334511

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Mitgliedsnummer (wird vom Verein vergeben)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Deutschland

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: