

Mitgliedsantrag

Persönliche Daten

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titel	Anrede	Geburtsdatum	Nationalität
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname	Vorname	PLZ	Wohnort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer		Land	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresszusatz		Telefon (privat)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail		Telefonnummer (mobil)	

Mitgliedschaft

Beitritt zum:

Für alle neuen Mitglieder, die ein gültiges Startrecht haben:

Aktueller Verein

Ich möchte das Startrecht für das Lauf Team Haspa Marathon Hamburg e.V. erhalten.

Ich möchte mein Startrecht bei dem anderen Verein behalten.

Ich melde mich hiermit als Mitglied des Lauf Team Haspa Marathon Hamburg e.V. an und akzeptiere die Vereinssatzung in ihrer jeweilig aktuellen Fassung. Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Beitrittsdatum. Bei einem Beitritt bis zum 31.10. wird der Jahresbeitrag fällig. Mitglieder, die sich zwischen dem 1.11. und 31.12. anmelden, zahlen den Jahresbeitrag des Folgejahres. Der Austritt ist nur zum 31. Dezember jeden Jahres möglich und muss spätestens einen Monat vorher bei der Geschäftsstelle schriftlich erklärt sein. Sollte keine fristgerechte Kündigung vorliegen, verlängert sich die Mitgliedschaft kostenpflichtig um ein weiteres Jahr. Der Jahresbeitrag von 30,00€ wird per SEPA-Lastschrift eingezogen. Ferner erkläre ich mein Einverständnis zur automatisierten Verarbeitung vorstehender Daten im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes.



Datum, Unterschrift (Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen)

Lauf Team Haspa Marathon Hamburg e.V.
c/o Wolfgang Timm
Hufnerstraße 1
22083 Hamburg



Vollmacht

Hiermit erteile ich dem Lauf Team Haspa Marathon Hamburg e.V. die Vollmacht,
den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag von meinem untenstehenden Konto einzuziehen.

Kontoinhaber:

Bank:

BIC:

IBAN:

*Hinweis:
Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungs-
datum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten
dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Etwaige Kosten, die durch eine Rücklastschrift entstehen sind nicht
dem Zahlungsempfänger anzulasten.*

_____ Datum



_____ Unterschrift (Vor-und Zuname Kontoinhaber)