

AUFNAHMEANTRAG

Bitte die markierten Felder ausfüllen, ausdrucken, unterschreiben (bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte) und Original senden an:

**Bettina Reinkenobbe, Am Wäldchen 4,
40882 Ratingen**

oder per Mail (eingescannt mit allen 3 Unterschriften) an:
post@gesunde-bulldoggen.de

**Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den
Gesunde Bulldoggen e.V.**

Hauptmitglied

Familienmitglied bei _____

Geburtsdatum

Name / Vorname

Straße

PLZ / Ort

Telefon / Handy

Mail

Unterschrift

APPLICATION FOR ADMISSION

Please fill in the marked fields, print it out, sign it (for minors the legal guardian) and send the original to:

**Bettina Reinkenobbe, Am Wäldchen 4,
40882 Ratingen, Germany**

or by mail (scanned with all 3 signatures) to:
post@gesunde-bulldoggen.de

**I hereby apply for membership in the
Gesunde Bulldoggen e.V. association.**

main member

family member of _____

date of birth

surname / first name

street / house number

postal code / city / country

telefon / mobile

e-mail

signature





SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT (OBLIGATORISCH)

Ich ermächtige den **Gesunde Bulldoggen e.V.** Zahlungen für die einmalige Aufnahmegebühr und für die jährlichen Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von **Gesunde Bulldoggen e.V.** auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Sollte mein/ unser Konto nicht die erforderliche Deckung aufweisen, besteht für mein Kreditinstitut keine Verpflichtung zur Einlösung.

Die Bankgebühren der Rücklastschrift gehen zu meinen/unseren Lasten.

→ _____

Name Kontoinhaber

Kontoführendes Kreditinstitut

IBAN

BIC

Ort und Datum

Unterschrift

Hinweis: 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.

Aufnahmegebühr und Jahresgebühr:

einmalige Aufnahmegebühr: 20 Euro
 Jahresbeitrag Hauptmitglied: 30 Euro
 Jahresbeitrag Anschlussmitglied: 20 Euro
 Jahresbeitrag Rentner/Schwerbehinderte (mit Nachweis): 20 Euro, die Aufnahmegebühr entfällt.

Bei Eintritt nach dem 30. Juni wird für das restliche Jahr nur der halbe Jahresbeitrag berechnet.

Mit meiner/unserer Unterschrift erkläre/n ich/wir mich/uns damit einverstanden, dass meine/unsere Daten für Vereinszwecke gespeichert werden!

Unterschrift

SEPA DIRECT DEBIT MANDATE (OBLIGATORY)

I authorise **Gesunde Bulldoggen e.V.** to collect payments for the one-off admission fee and for the annual membership fees from my account by direct debit. At the same time, I instruct my credit institution to honour the direct debits drawn on my account by **Gesunde Bulldoggen e.V.** If my account does not have the required funds, my bank is not obliged to honour the direct debit.

The bank charges for the return debit note shall be borne by me.

→ _____

name account holder

account-holding bank

IBAN

BIC

place and date

signature

Note: I can request a refund of the debited amount within 8 weeks, starting with the debit date. The conditions agreed with my credit institution apply.

Admission fee and annual fee:

one-time admission fee: 20 Euro
 Annual fee main member: 30 Euro
 Annual membership fee: 20 Euro
 Annual membership fee for pensioners/handicapped persons (proof) is 20 Euro. The admission fee does not apply in this case.

If you join after June 30, only half the annual fee will be charged for the rest of the year.

With my/our signature I/we agree that my/our data will be stored for association purposes!

signature