

Behinderten-Sportgemeinschaft Clausthal-Zellerfeld e.V.

Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Mitgliedschaft in der

Behinderten-Sportgemeinschaft Clausthal-Zellerfeld e.V.

ab: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße: _____

PLZ / Wohnort: _____

geb.: _____

Telefon: _____

Email-Adresse: _____

Schüler/in, Auszubildende/r, Student/in: Ja Nein

Angaben zur Behinderung (freiwillige Angaben)

Es liegt eine Behinderung vor: Ja Nein

Ich erkenne die Satzung der Behinderten-Sportgemeinschaft CLZ e.V. an, die mir auf Wunsch zur Verfügung gestellt wird. Der Jahresmitgliedsbeitrag in Höhe von € 40,00 / Kinder, Auszubildende und Studenten € 20,00 ist bis 31. März eines jeden Jahres zu entrichten. Der Austritt kann nur schriftlich erfolgen. Der Austritt ist zum Schluss eines Kalendervierteljahres unter Einhaltung einer Frist von 6 Wochen möglich.

Bankverbindung

Empfänger: Behinderten-Sportgemeinschaft CLZ
IBAN: DE52 2595 0130 0100 0729 09
BIC: NOLADE21HK

Datum / Unterschrift: _____

Ggf. gesetzlicher Vertreter (Name, Anschrift): _____

Unterschrift gesetzlicher Vertreter: _____