

Beitrittserklärung



Hiermit beantrage ich den Beitritt zum **CharityCycling e.V.**

Name	Vorname	Geb. Datum	
Straße	Nr.	PLZ	Ort
Telefon:	Email:		

Starterpaket II € 45,- (beinhaltet das Standard CharityCycling Radtrikot)

Größen	S	M	L	XL
--------	---	---	---	----

Starterpaket I € 30,- (beinhaltet das Standard CharityCycling Laufshirt)

→	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---

Jahresbeitrag: Bitte zutreffendes Ankreuzen!

25,00 € Erwachsene

12,50 €*Kinder, Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.
Schüler, Auszubildende, Studenten über 18 Jahre (nur mit Bestätigung)

Mit dem Beitritt erkenne ich die gültige Satzung an. Eine Kündigung ist nur zum Ende eines Kalenderjahres, mit einer Frist von 6 Wochen möglich. Der Jahresbeitrag ist zu Beginn eines jeden Kalenderjahres fällig und wird vorzugsweise durch Lastschrift eingezogen. Mit der elektronischen Speicherung und vereinsinternen Verarbeitung der persönlichen Daten erkläre ich mich einverstanden.

Ort, Datum **Unterschrift**

Bei Minderjährigen ist die Unterschrift der Erziehungsberechtigten bzw. des Sorgerechtsinhabers erforderlich. Diese erkennen die gültige Satzung an, und erklären sich mit der satzungsmäßigen Stimmabgabe des Minderjährigen, und sind zudem mit der Übernahme der geschuldeten Mitgliedsbeiträge einverstanden.

CharityCycling e.V., vertreten durch den 1. Vorsitzenden
Matthias Reitenspieß, Berchinger Straße 27, 90518 Altdorf
Telefon 015114293269 matthias@CharityCycling.de www.CharityCycling.de

Sepa-Lastschriftmandat

Gläubiger - Identifikationsnummer: **DE45ZZZ00002011424** - Mandatsreferenz: **wird später mitgeteilt** (Mitgliedsnummer)

Ich ermächtige widerruflich den **CharityCycling e.V.** wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom CharityCycling e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

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

Bei nicht gedecktem, oder gelöschtem Konto werde ich die entstandenen zusätzlichen Kosten auf Anforderung erstatten.

Kontoinhaber:

Name: _____ Vorname: _____

Postleitzahl, _____ Ort: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: DE _____ BIC: _____

Datum: _____

Unterschrift:



CharityCycling e.V., vertreten durch den 1. Vorsitzenden
Matthias Reitenspieß, Berchinger Straße 27, 90518 Altdorf
Telefon 015114293269 matthias@CharityCycling.de www.CharityCycling.de