



Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme
in den Golfclub Siegen-Olpe e.V. zum _____als

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schnuppermitglied (mtl. Beitrag,
nur Neugolfer) | <input type="checkbox"/> Zweitmitglied (Jahresbeitrag) |
| <input type="checkbox"/> Ordentliches Mitglied (Jahresbeitrag) | <input type="checkbox"/> Kinder, Jugendliche, Studenten
(Jahresbeitrag) |
| <input type="checkbox"/> Berufsanfänger (Jahresbeitrag) | <input type="checkbox"/> Monatsmitglied (mtl. Beitrag,
nur Neugolfer) |
| <input type="checkbox"/> Wochentags-Mitglied (Jahresbeitrag) | <input type="checkbox"/> Förderndes Mitglied (Jahresbeitrag) |
| <input type="checkbox"/> Treues Mitglied (Jahresbeitrag) | <input type="checkbox"/> Familien(fern)mitglied (Jahresbeitrag) |

Persönliche Daten:

Name:		Geburtsname:	
Vorname:		Geburtsdatum:	
Straße:		PLZ, Wohnort:	
Tel.-Nr.:		Mobil:	
E-Mail:		Beruf:	

Vorheriger Club: _____

Empfehlung durch: _____

Die derzeitigen Beitrags- und Aufnahmebedingungen wurden mir (uns) erläutert und ich (wir) bin (sind) damit einverstanden.

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke erfolgen gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Darüber hinaus willige ich in die Veröffentlichung von Start- und Ergebnislisten, die Bekanntgabe der aktuellen DGV-Vorgabe sowie das Erstellen und die Weitergabe einer Mitgliederliste an Vereinsmitglieder ein. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung widerrufen kann.

SEPA-Lastschriftmandat siehe Anlage.

Golfclub Siegen-Olpe e. V.
Am Golfplatz 1
57482 Wenden
Tel: 02762-97620 Fax: 02762-976212 E-Mail: info@gcso.de

Ich ermächtige hiermit den Golfclub Siegen-Olpe e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Golfclub Siegen-Olpe e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Unsere Gläubiger-ID: DE74ZZZ00000623802

Mandatsreferenz: wird Ihnen schriftlich mitgeteilt

Zahlungspflichtiger:	
Straße:	
PLZ, Wohnort:	
Bank:	
BIC:	
IBAN:	

Der Beitrag soll wie folgt abgebucht werden:

- ☐ monatlich
- ☐ vierteljährlich
- ☐ halbjährlich
- ☐ jährlich

Wenden, den _____

Unterschrift des Antragsstellers

Bei Jugendlichen unter 18 Jahren bitte die
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Unterschrift des Erziehungsberechtigten