HC Braunschweig e.V.

Eintrittserklärung

Hiermit beantrage ich

Name : _____ Vorname : _____ Geb. Datum: _____

Straße : _____ PLZ/Ort : _____ Telefon: _____

E-Mail :_____ Mobil -Nr. :_____

(Mit der Unterschrift erklärt der / die Unterzeichnende, dass die angegebenen persönlichen Daten in Listen geführt werden und nur zu vereinsintern bzw. Verbandszwecken verwendet werden dürfen.)

die Mitgliedschaft im **Handball Club Braunschweig e. V. (HCB)** in der Beitragsgruppe :

☐ **A** = bis 16 Jahre (5,- €) ☐ **B** = über 16 Schüler u. Studenten (8,- €)

☐ **C** = Erwachsene (12,- €) ☐ **F** = Förder- u. passive Mitgl. (6.-€)

(Die Beitragsgruppe wird automatisch meinen jeweiligen persönlichen Verhältnissen angepaßt.)

Der Beitrag ist eine Bringschuld und wird per Lastschriftverfahren von meinem Konto abgebucht.

☐ Ja, ich habe eine Versicherung bei einer gesetzlichen und/oder privaten Krankenversicherung.

Ich habe diese Erklärung zur Kenntnis genommen und erkenne mit meiner Unterschrift auch die Satzung* des **Handball Club Braunschweig e. V.** in der jeweils gültigen Fassung an (gültige Satzung ist auf der Homepage einzusehen).

*Lt. § 9 der Satzung ist ein Austritt aus dem **HCB** jeweils zum 31.05. und 30.11. eines Jahres möglich. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen und einen Monat vor Austrittsdatum bei der Geschäftsstelle vorliegen. Alle Forderungen des Vereins müssen zu diesem Zeitpunkt ausgeglichen sein.

Geschäftsstelle : Manfred Plagge, Kinzigstr. 6, 38120 Braunschweig
Geschäftsstelle@HC-Braunschweig.de
www.HC-Braunschweig.de

Beitrittsgebühr (ein Monatsbeitrag) Beitrag pro Monat : € _____

_____ _____

Ort, Datum **eigenhändige Unterschrift**
(bei Minderjährigen Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

Stand: 8/2014

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige den **Handball Club Braunschweig e.V.** Zahlungen für bestehende und zukünftige Verträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann dieses SEPA-Lastschrifmandat jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise widerufen. 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.

Die von mir (für meinen Sohn / meiner Tochter _____) zu entrichtenden Beiträge sollen

☐ halbjährlich ☐ jährlich ☐ monatlich gebucht werden.

IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Name des Kreditinstituts : _____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift