MITGLIEDSANTRAG
VEREIN AKTIVE FREIZEIT E.V.

Verein Aktive Freizeit e.V.

Bitte senden an:
Verein Aktive Freizeit e.V., Bertrand-Russell-Straße 4, 22761 Hamburg
oder per Fax an 040-890 60 160

Antragsteller

Name _____ Vorname _____ m ☐ w ☐ Geboren am _____

Bei Jugendlichen unter 18 Jahren bitte Namen des Erziehungsberechtigten angeben.

Name _____ Vorname _____ Geboren am _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon privat/mobil _____ E-Mail _____

Bitte die gewünschte Mitgliedschaft ankreuzen. (Mehrfachnennung möglich)

☐ **Studio für gesunde Fitness**	☐ **Fit im Alter**	☐ **FitKids**
☐ **Aktivbad**	☐ **Tanzen**	☐ **KinderSportSchule**
☐ **Gym-Abo**	☐ **Triathlon**	☐ **.....**

Ich/Wir beantrage/n eine Mitgliedschaft auf Zeit (1 Jahr) gem. § 3.1.c der Satzung. Ich kann die Mitgliedschaft mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf der Laufzeit kündigen, ansonsten stimme ich einer Verlängerung um jeweils ein weiteres Jahr zu. Nach dem ersten Jahr ist eine Kündigung unter Einhaltung der Drei-Monats-Frist jeweils zum Quartalsende möglich. Hiermit werden die geltende Nutzungsordnung und Satzung des VAF anerkannt. Der Monatsbeitrag wird per SEPA-Lastschriftmandat von meinem Konto abgebucht. **Ich bin damit einverstanden, dass meine/unsere Daten ausschließlich zu internen Zwecken in die EDV eingegeben werden und mir/uns widerruflich der VAF-Newsletter zugesendet wird. Die Daten werden unter Beachtung der Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) gespeichert und bearbeitet.**

Datum, Ort _____ Unterschrift Antragsteller/Erziehungsberechtigter _____

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: **Verein Aktive Freizeit e.V., Bertrand-Russell-Straße 4, 22671 Hamburg**
Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE43ZZZ00001188027**
Mandatsreferenz: **(=Mitgliedsnummer+001)**

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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. Zahlungsweise: Die Lastschriften werden jeweils am 5. des Monats oder, wenn dies ein Feiertag ist, am darauf folgenden Banktag von meinem Konto abgebucht.

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber):

Name _____ Vorname _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____

IBAN des Zahlungspflichtigen: **BIC:**

Datum, Ort _____ Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) _____