



Aufnahmeantrag - Velogruppe Großhabersdorf

Velogruppe Großhabersdorf Flurstr 16 90613 Großhabersdorf

Familienname: **Sportversicherung**

Vorname: Geb.-Datum: **Ja/Nein**

Familienmitglieder

Vorname: Geb.-Datum: **Ja/Nein**

Vorname: Geb.-Datum: **Ja/Nein**

Vorname: Geb.-Datum: **Ja/Nein**

PLZ: Ort:

Straße:

Telefon/ Mobil: E-Mail:

Die Satzung der Velogruppe Großhabersdorf erkenne ich an. Ich bin Mitglied einer Pflicht-, Ersatz- oder Privatkrankenkasse. Die **Ansonsten hat die Velogruppe keinen Beitrag**)

Hinweise zur Sportversicherung

Die Vorstandschaft schlägt allen Mitgliedern eine Sportversicherung beim BLSV (Bayerischer Landes-Sportverband e.V.) vor.

Der Verein ist Mitglied beim BLSV. Alle Mitglieder, die diese Sportversicherung zu Ihrer eigenen Absicherung möchten, müssen oben im Formular Ja unterstreichen.

Die Velogruppe wird die Mitglieder dann beim BLSV namentlich melden. Nur diese Personen sind dann im Rahmen ihrer Vereinsaktivitäten gegenüber Dritten haftpflichtversichert. Eingeschlossen in die Sportversicherung ist eine Unfallversicherung gegen die wirtschaftlichen Folgen von körperlichen Unfällen. Es besteht kein allgemeiner Versicherungsschutz des Vereins, deshalb wird allen Mitgliedern diese Sportversicherung dringend empfohlen.

Der Versicherungsbeitrag beträgt pro Jahr EUR 6,-. Für Zahlung per Lastschrift bitte das SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen oder per Überweisung auf unser Konto:

IBAN DE85 7625 0000 0009 9821 41, BIC BYLADEM1SFU

Wir empfehlen Dauerauftrag. Die Versicherungsbedingungen liegen zur Einsicht bei der Vorstandschaft aus.

Datum:Ort:

.....
Unterschrift des Mitgliedes

.....
bei Minderjährigen Unterschrift der Eltern bzw. des gesetzl. Vertreters

Velogruppe Großhabersdorf
Flurstr 16
90613 Großhabersdorf
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE17ZZZ00000134396

- SEPA Lastschriftmandat neu erteilen
 - SEPA Lastschriftmandat ändern Mandatsreferenz:
- (bitte ankreuzen und, wenn bekannt, die Mandatsreferenz eintragen)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Velogruppe Großhabersdorf, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Velogruppe Großhabersdorf 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber/in):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Kreditinstitut:

BIC: _ _ _ _ _ | _ _ _

IBAN: D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Datum:Ort:

Unterschrift des Kontoinhabers:

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von:

.....
.....
.....
.....
.....