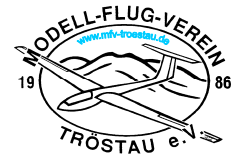


Aufnahmeantrag Modellflugverein Tröstau e.V.



Art der Mitgliedschaft: aktiv passiv Hangflug

Name: _____ geb. am: _____

Vorname: _____ Beruf: _____

Anschrift: _____

Telefon/Handy: _____

eMail/homepage: _____

Bankverbindung

Institut/Sparkasse: _____

IBAN : _____

(Bitte immer Anlage „Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats“ beifügen)

Datum und Unterschrift (bei Minderjährigen auch Erziehungsberechtigter)

Gebühren / Beiträge / Versicherung

Modellflugverein Tröstau e.V.		
Jahresbeitrag Erwachsene		40,00 €
Jahresbeitrag Jugendliche		10,00 €
Jahresbeitrag Hangflugmitglied		10,00 €
Jahresbeitrag passive Mitgliedschaft		15,00 €
Einmalige Aufnahmegebühr Erwachsene		100,00 €
Einmalige Aufnahmegebühr Jugendliche		10,00 €
Wochenmitgliedschaft (gültig 7 Tage)		8,00 €
Tagesmitgliedschaft (gültig 24 Stunden)		3,00 €
Jährliches Startgeld (nur erwachsene, aktive Mitglieder) (nicht bei Tages- und Wochenmitgliedschaften)		20,00 €
Deutscher Modellflieger-Verband e.V. (Versicherung)		
<input type="checkbox"/>	Jahresgebühr incl. DMFV-Versicherung	42,00 €
<input type="checkbox"/>	Zusatzversicherung Form 2 pro Jahr	14,36 €
<input type="checkbox"/>	Zusatzversicherung Form 3 pro Jahr	17,44 €

Bitte ankreuzen, wenn eine DMFV-Versicherung benötigt wird und gegebenenfalls die gewünschte Zusatzversicherung auswählen. Beschrieben auf den Internetseiten des Deutschen Modellflieger-Verbandes siehe www.dmfv.de (→ Mitgliedschaft)

Bitte vollständig ausgefüllt abgeben bei der Vorstandschaft des MFV-Tröstau e.V.

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Modellflugverein Tröstau, Kassier Wolfgang Kröniger

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer:

Blumenstraße 1

Postleitzahl und Ort:

95615 Marktredwitz

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE68ZZZ00000269860

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

DE

BIC (8 oder 11 Stellen):

DE

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Bitte alle gelb markierten Felder ausfüllen