

# AUFNAHMEANTRAG

ETB Schwarz-Weiß Essen e.V. Abteilung Basketball

c/o Robert Hildebrandt

Marienstr. 38 \*\* 46244 Bottrop



## Hiermit beantrage ich,

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

## die Aufnahme in die Basketball-Abteilung des ETB

zum: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Familien (aktive Mitglieder)	30,00 €/Monat	360,00 €/Jahr
<input type="checkbox"/>	Erwachsene	20,00 €/Monat	240,00 €/Jahr
<input type="checkbox"/>	Jugendliche 10-18 J. (ab U12)	20,00 €/Monat	240,00 €/Jahr
<input type="checkbox"/>	Kinder unter 10 J. (bis U10)	10,00 €/Monat	120,00 €/Jahr
<input type="checkbox"/>	Doppelmitgliedschaft Saloniki	10,00 €/Monat	120,00 €/Jahr
<input type="checkbox"/>	inaktive Mitglieder	6,00 €/Monat	72,00 €/Jahr

Ich zahle im Voraus  halbjährlich  jährlich

Die Mitgliedschaft kann jeweils zum 30.06. und zum 31.12. mit vierwöchiger Kündigungsfrist schriftlich gekündigt werden (auch als Mail an [info@etb-basketball.eu](mailto:info@etb-basketball.eu)).

Die erfassten Daten dienen nur der internen Bearbeitung und werden nicht weiter gegeben.

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos und Videos von mir/meinem Kind, die im Rahmen der Vereinsaktivitäten von ETB Basketball gemacht werden, für Veröffentlichungen des Vereins (Homepage, Flyer, Presseinfo) benutzt werden. Das Einverständnis kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum/Unterschrift

bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters

ETB SW Essen e.V. \*\* Am Uhlenkrug 40 \*\* 45133 Essen  
SEPA-Lastschriftmandat  
Gläubiger-Identifikationsnummer DE59BAS00000575087  
Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige den ETB SW Essen e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom ETB SW Essen 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 dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Hinweis: Wiederkehrende Zahlung.

Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

Adresse

IBAN	BLZ	Konto	Name Kreditinstitut
------	-----	-------	------------------------

Ort, Datum

Unterschrift