



Aufnahmeantrag Erwachsene – Line Dance

ab 01/2020

Name: **Vorname:**

Anschrift:

Telefon: **Geburtsdatum:**

E-Mail: **Beruf:**

Ich beantrage die Aufnahme in das Tanzsportzentrum GRÜN-GOLD CASINO e.V. Wuppertal

zum nachstehenden Datum: (TT/MM/JJJJ)

die aktive Sonder-Mitgliedschaft (= nur Teilnahme an der nachstehende Gruppe)

Ich möchte an **folgender Gesellschaftsgruppe** teilnehmen (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- **Line Dance** (..)

Aktuell gültige Beiträge für aktive Sonder-Mitglieder in der oben genannten Gesellschaftsgruppe:

- **€ 30,00 Sonder-Mitgliedsbeitrag** pro Person / pro Monat / für Teilnahme am Kurs Line Dance

Die Gesellschaftsgruppe Line Dance findet durchgehend statt – auch in den Schulferien. (= 48 Unterrichtseinheiten pro Jahr // 1 Unterrichtseinheit = 90 Minuten)

Die reguläre Kündigungsfrist für diese Sonder-Mitgliedschaft beträgt jeweils 3 Monate zum 30.06. und 31.12. eines Jahres.

Neumitglieder haben ein Sonder-Kündigungsrecht innerhalb der ersten 3 Monate von 4 Wochen zum Monatsende.

Der Sonder-Mitgliedsbeitrag wird jeweils zum Anfang eines Quartals (spätestens am 5. Werktag) zur Zahlung fällig. Dieser wird per Sepa-Lastschriftmandat durch den Verein von der unten stehenden Kontoverbindung eingezogen. Im weiteren gelten die Bedingungen der aktuellen Vereins-Beitragsordnung.

Mit der Unterschrift bestätige ich gleichzeitig, im Club ausgehängte Satzung, Beitragsordnung und Datenschutzrichtlinie gemäß DSGVO zur Kenntnis genommen zu haben.

Datum: **Unterschrift:**

Sepa-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers (A): GRÜN-GOLD CASINO e.V. Wuppertal

Anschrift: Nützenberger Str. 297, 42115 Wuppertal, Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE39ZZZ00000206750

Mandatsreferenz: wird im Begrüßungsschreiben mitgeteilt

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger „**automatisierter Name Zahlungsempf. von oben**“ Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger „**automatisierter Name Zahlungsempf. von 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: Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

IBAN des Zahlungspflichtigen (max 35 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen): **Name Kreditinstitut** (B):

Ort: **Datum** (TT/MM/JJJJ): **Unterschrift Kontoinhaber:**