

# HAP KI DO CLUB LECHFELD E.V.

Postfach 1425  
86837 Untermeitingen



## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum HAP KI DO CLUB LECHFELD E.V.

Ich erkenne die Satzung des Vereins in der gültigen Fassung an und stimme zu, daß die angegebenen Daten gem. BDSG in einer DV-Anlage gespeichert werden.

**Kündigungsfrist zum Schluß eines Kalendervierteljahres spätestens sechs Wochen zuvor schriftlich zu erklären**

Für jedes Mitglied ist eine eigene Beitrittserklärung auszufüllen!

-----  
(Familienname) (Vorname) (Geburtsdatum)

-----  
(Straße Hs.-Nr.) (PLZ) (Wohnort/Ortsteil)

-----  
(Gesundheitsrisiken, z.B. Asthma, Bluter usw.) (Namen der Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen)

-----  
(Vorwahl/Telefon-Nr. Privat/ Mobil) (Vorwahl/Telefon-Nr. Geschäft) (Vorwahl/Telefax-Nr.) E-Mail

- Aufnahmegebühr für Aktive:	0,- € einmalig	<input type="checkbox"/>
- Beitrag Kinder bis 14 Jahre	30,- € pro Jahr	<input type="checkbox"/>
- Beitrag Jugendlicher 14-18 Jahre	30,- € pro Jahr	<input type="checkbox"/>
- Beitrag Erwachsener => 18 Jahre	60,- € pro Jahr	<input type="checkbox"/>
- Beitrag Erwachsener Ausbildung, Wehrpflicht	60,- € pro Jahr	<input type="checkbox"/>
- Beitrag Passivmitglieder (keine Aufnahmegebühr)	10,- € pro Jahr	<input type="checkbox"/>
- Beitrag Familie, 2 Erw. und Jug./ Kinder	60,- € pro Jahr	<input type="checkbox"/>
- Beitrag Familie, 1 Erw. und 1 Jug. und Kinder	60,- € pro Jahr	<input type="checkbox"/>
- Beitrag Familie, 1 Erw. und Kinder	60,- € pro Jahr	<input type="checkbox"/>
- Beitrag Familie, 2 Jug. und Kinder	30,- € pro Jahr	<input type="checkbox"/>
- Beitrag Familie, 1 Jug. und Kinder	30,- € pro Jahr	<input type="checkbox"/>

Familienbeiträge gelten ab 2 Mitglieder

-----  
(Ort; Datum) (Unterschrift, bei Minderjährigen die eines Erziehungsberechtigten)

### Bilderrecht (Abtretung JA):

Hiermit gestatte ich dem Hap Ki Do Verein Lechfeld e.V., Photos die von mir im Rahmen von Veranstaltungen (reguläres Training, Prüfungen, Lehrgänge, andere Aktivitäten im Rahmen des Angebotes des Hap Ki Do Vereins Lechfeld e.V.) des Hap Ki Do Vereins Lechfeld e.V. geschossen wurden, zum Zwecke der weiteren Bekanntmachung des Hap Ki Do Vereins Lechfeld e.V. auf deren offiziellen Webseite <http://www.hapkido-lechfeld.de> zu veröffentlichen.

Ich erkläre mich nicht dazu bereit, dass die besagten Bilder in pornographischen oder ähnlichen unseriösen Medien veröffentlicht werden.

Ich erkläre mich nicht dazu bereit, dass mein Name in Verbindung mit einer Abbildung von mir zusammengebracht wird.

Ich bestätige, dass ich keine weiteren Rechte auf zusätzliche Entschädigung oder Abrechnung habe und dass ich keine weiteren Ansprüche aus diesem Grund gegen den Hap Ki Do Club Lechfeld e.V., die Chun Ki Do Association Deutschland e.V. oder ihren Rechtsnachfolgern geltend machen werde. Ich erkenne an, dass diese Freigabeerklärung für meine Erben und Rechtsnachfolger verbindlich ist. Ich stimme zu, dass diese Freigabeerklärung unwiderruflich ist und auf Dauer und weltweit gilt, sie unterliegt unter Ausschluss des Kollisionsrechts dem Recht in Deutschland.

Ich erkläre und versichere, dass ich mindestens 18 Jahre alt und voll rechtsfähig zur Abgabe dieser Erklärung bin.

-----  
(Ort; Datum) (Unterschrift, bei Minderjährigen die eines Erziehungsberechtigten)

SEPA-Lastschriftmandat  
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Hap-Ki-Do Club e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

86836 Untermeitingen

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE54ZZZ00001016139

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Hap-Ki-Do Club e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Hap-Ki-Do Club e.V.** 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Hap-Ki-Do Club e.V.** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Hap-Ki-Do Club e.V.**

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment  Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address\*

\* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.  
Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:



manuell