



## Aufnahmeantrag

zur Mitgliedschaft bei der  
Spvg. Niedersachsen gegr. 1909 Hannover-Döhren e.V.  
Schützenallee 10, 30519 Hannover  
[www.niedersachsen-doehren.de](http://www.niedersachsen-doehren.de)

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Telefon-Nr./Festnetz \_\_\_\_\_ Mobilfunk-Nr. \_\_\_\_\_

Ich bitte um Aufnahme in die Abteilung(en)/Mannschaft: \_\_\_\_\_

als aktives Mitglied passives Mitglied mit Eintritt zum: \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Mitgliedsbeitrag für:

Erwachsene

Minderjährige/Rentner

Azubi o. Student

HAP-Pass

BFD m. Besch.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die angegebenen Daten zum Zweck der Vertragsabwicklung und Mitgliederbetreuung elektronisch gespeichert und verarbeitet werden. Die Beendigung der Mitgliedschaft ist nur durch eine schriftliche Mitteilung möglich und endet mit einer Kündigungsfrist von 6 Wochen zum Monatsende. Die Satzung des Vereins in ihrer jeweils gültigen Fassung wird hiermit anerkannt.

Weiter erkläre(n) wir/ich als gesetzliche(r) Vertreter unser/mein Einverständnis, für die entstehenden Beitragsverpflichtungen - insbesondere den Mitgliedsbeitrag - gesamtschuldnerisch einzustehen.

Ort, Datum und Unterschrift des Mitglieds bzw. der/des gesetzlichen Vertreter(s)

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Basis-Lastschriftmandats für wiederkehrende Lastschriften

Zahlungsempfänger:	Spvg. Niedersachsen Hannover-Döhren, Schützenallee 10, 30519 Hannover
Gläubiger-ID-Nr.:	DE 95 ZZZ 00000 350 175

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Spvg. Niedersachsen-Döhren, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Spvg. Niedersachsen-Döhren 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.

Zahlungsart: Seit 2014 erfolgt die wiederkehrende Zahlung vierteljährlich, am ersten Bankarbeitstag in den Monaten: März, Juni, September und Dezember.

Name, Vorname (Kontoinhaber) \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name) \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift des Kontoinhabers

Bitte den Antrag vollständig in Druckschrift ausfüllen ( bisauf die Unterschrift/en ).