



DEUTSCHE AQUILA-VEREINIGUNG e.V.



Außerordentliches Mitglied im
Deutschen Segler-Verband

Zu Hd. des Kassenswarts:
Julianne Sohn
Massenheimer Strasse 9a
65239 Hochheim am Main

Vorsitzender:
Marcel Lauer
Elisabethenstrasse 12
65239 Hochheim am Main

Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein

Deutsche Aquila-Klassenvereinigung e.V.

Vorname
Nachname
Adresse
.....
Telefon Festnetz
Telefon Mobil
E-Mail

Aquila Name Segelnummer
Bautyp Baujahr
Segelclub /
Heimatrevier

Ich bin damit einverstanden Emails mit Informationen zu Regatten und über die Aktivitäten des Vereins zu empfangen.

Ich erteile meine ausdrückliche Einwilligung, dass Foto- und Videoaufnahmen von meiner Person bei sportlichen Veranstaltungen angefertigt und auf der Webseite des Vereins (www.aquila-kv.de) sowie in regionalen Presseerzeugnissen veröffentlicht werden dürfen

Ich bin damit einverstanden, dass meine oben genannten Kontaktdaten zu Durchführung des Mitgliedschaftsverhältnisses durch den Vereinsvorstand genutzt und hierfür auch an andere Vereinsmitglieder (z. B. zur Bildung von Fahr- Segelgemeinschaften) weitergegeben werden dürfen.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung sowie die Vereinsordnung einschließlich der Beitragsordnung sowie die jeweils gültigen Beitragssätze ausdrücklich an. Der aktuelle jährliche Beitrag beträgt 15€ (fünfzehn Euro).

.....
(Ort, Datum, Unterschrift)



DEUTSCHE AQUILA-VEREINIGUNG e.V.



Außerordentliches Mitglied im
Deutschen Segler-Verband

Deutsche Aquila-Klassenvereinigung e.V.

Zu Hd. des Kassenwirts:
Julianne Sohn
Massenheimer Strasse 9a
65239 Hochheim am Main

Vorsitzender:
Marcel Lauer
Elisabethenstrasse 12
65239 Hochheim am Main

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE13ZZZ00000543808

Mandatsreferenz: (wird bei Aufnahme vergeben)

Ich ermächtige die Aquila Klassenvereinigung, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Aquila Klassenvereinigung 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE ____|____|____|____|____|____
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift