



Volleyballclub Haßloch e.V. • Dr. Wirth-Straße 7 • 67454 Haßloch

AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft ab dem: _____

Name: _____ PLZ /Ort: _____

Vorname: _____ Telefon: _____

Straße: _____ Geburtstag: _____

E-Mail: _____

Bitte ankreuzen:

aktive Mitgliedschaft passive Mitgliedschaft 48 €

Erwachsene 84 € Familien 114 € Kinder bis 14 Jahre 48 €

Ermäßigt 60 € (Jugendliche ab 14J., Schüler, Studenten, Schwerbehinderte, Azubis)

Einzugsermächtigung

Kontoinhaber: _____ Bankleitzahl: _____

Kontonr.: _____ Institut: _____

Ich habe eine Kopie der Satzung erhalten und erkläre mich damit einverstanden.

Ort/ Datum : _____

Unterschrift: _____

Bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten:
