



## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich, \_\_\_\_\_ (Name, Vorname o. Firma)  
meine Aufnahme in den Charity Run e.V.

### Meine Kontaktdaten:

Firma \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
bei Firma: vertretungsberechtigte Person \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Ich beantrage die Aufnahme als

- förderndes Mitglied

mit einem Jahresbeitrag in Höhe von 100,00 EUR (Mindestbeitrag)

mit einem Jahresbeitrag in Höhe von ..... EUR (Zutreffendes bitte ausfüllen / ankreuzen)

Der Beitrag wird jährlich fällig zum 01. Januar des Kalenderjahres. Mit der Aufnahme in den Charity Run e.V. beginnt meine Verpflichtung zur Beitragszahlung. Die Mitgliedschaft erlischt durch Austritt, Tod, Ausschluss oder durch Auflösung des Vereins. Die Austrittserklärung ist schriftlich an den Vorstand zu richten. Der Austritt ist jederzeit möglich. Im laufenden Geschäftsjahr gezahlte Beiträge werden nicht zurückerstattet.

Ich bin damit einverstanden, dass alle von mir gemachten Angaben zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, der Beitragsberechnung und der Statistik vom Charity Run e.V. gespeichert werden. Diese Einverständniserklärung kann nur vom Mitglied bzw. der vertretungsberechtigten Person widerrufen werden.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung sowie die Ordnungen des Vereins in der jeweils gültigen Fassung als für mich verbindlich an. Die aktuelle Fassung der Satzung habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggfls. der vertretungsberechtigten Person)



**SEPA-Lastschriftmandat** (Einzugsermächtigung)

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE27ZZZ00002833241

**Mandatsreferenz:**

RVS ..... (vollständige Nr. wird dem Mitglied mit der Bestätigung mitgeteilt)

Ich ermächtige den Charity Run e.V., die von mir zu entrichtenden Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Charity Run e.V. 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 die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

.....  
Vorname und Name des Kontoinhabers

.....  
Straße und Hausnummer

.....  
Postleitzahl und Ort

.....  
IBAN

.....  
BIC

.....  
Name der Bank

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (des\*der Kontoinhaber\*in)