

# Aufnahmeantrag



Hiermit beantrage ich meine Aufnahme zum VfL Hochdorf e.V.

Neuantrag		Abteilung	
Änderung		Abteilung	
Eintrittsdatum / gültig ab			
Bisherige Abteilung bleibt		Abteilung	
Bisherige Abteilung entfällt		Abteilung	
Name, Vorname			
Geburtsdatum, Beruf freiwillig			
Straße, Hausnr.			
PLZ, Wohnort			
E-Mail			
Telefon			
Ort, Datum			
<p>Ich erkenne die Satzung und Ordnungen des Vereins an.                  Ich gebe meine Einwilligung gem. § 3 Abs. 2 des Bundesdatenschutzgesetzes zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten.                  Erziehungsberechtigte verpflichten sich, die Mitgliedsbeiträge für ihre minderjährigen Kinder zu entrichten.</p>			
Unterschrift Antragsteller		bei Minderjährigen beide Erziehungsberechtigte	
Name Vorname des Erziehungsberechtigten			

**Folgende Familienangehörige wollen Mitglied werden oder sind bereits Mitglied im VfL Hochdorf:**

Name, Vorname, Geburtstag			

**Beitragsätze gültig ab 01.01.2023**

Vereinsbeitrag			Abteilungsbeitrag zusätzlich zum Vereinsbeitrag	
Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	38,64 €/Jahr		Jugendfußball	15,00 €/ Jahr
Rentner / Versorgungsempfänger auf Antrag	38,64 €/Jahr		Leichtathletik aktiv	5,00 € / Monat
Erwachsene	66,24 €/Jahr		Leichtathletik 2. Person /Familie aktiv	3,00 € / Monat
Familienbeitrag (2 Erwachsene, mehrere Kinder)	132,49 €/Jahr		Mutter-Kind-Turnen	
Auszubildende auf Antrag und Nachweis	38,64 €/Jahr		Fußball Erwachsene Passiv	15 € /Jahr
			Fußball Erwachsene aktiv	25 € /Jahr

Ab 01.01.2019 erhöht sich der Mitgliedsbeitrag jährlich um 2% bezogen auf das Vorjahr. Die Beträge entnehmen Sie bitte der Beitragsordnung.



## SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

VFL Hochdorf  
z.Hd. Jürgen Litschko  
Alzheimer Str.31  
72202 Nagold

## SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer	Mitgliedsnummer und SEPA - Mandat ID wird vom VfL vergeben	
<b>DE5ZZZ00000085751</b>	MGL Nr.	SEPA ID

Ich/Wir ermächtige(n) den **VFL Hochdorf**

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom **VFL Hochdorf** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber Name, Vorname		
Straße und Nr.		
PLZ Ort		
Kreditinstitut		
BIC		
IBAN		
Ort, Datum		

.....  
Unterschrift Kontoinhaber oder Verfügungsberechtigter