



Aufnahmeantrag

Hiermit erkläre ich, dass ich dem Volleyballverein „Die Känguruhs e.V.“ beitreten will. Die aktuelle Satzung habe ich zur Kenntnis genommen. Ich erkenne die Satzung an und verpflichte mich zur Förderung der in der Satzung genannten Zwecke.

Die Höhe des Mitgliedsbeitrags wird jährlich im Rahmen der Jahreshauptversammlung festgelegt und beträgt aktuell
für volljährige aktive Mitglieder 8,00 Euro/vollen Monat oder 96,00 Euro/Jahr,
für Jugendliche vor Vollendung des 13. Lebensjahres 1,00 Euro/vollen Monat oder 12,00 Euro/Jahr
und für Jugendliche ab Vollendung des 13. Lebensjahres sowie Studierende,
Auszubildende und volljährige passive Mitglieder 3,50 Euro/vollen Monat oder 40,00 Euro/Jahr

Zahlungszeitraum ist grundsätzlich der 01.01. bis 31.12. des laufenden Jahres.

Die vorgenannten Jahresbeiträge sind bis zum 10.02. des laufenden Jahres einzuzahlen.

Ein Rabatt für Mitglieder, die innerhalb des laufenden Kalenderjahres eintreten, ist nicht möglich.
Sofern der Eintritt innerhalb des Kalenderjahres erfolgt, ist der Beitrag für die verbleibenden vollen Monate in einer Summe innerhalb von 4 Wochen nach Eintritt in den Verein zu bezahlen.

Die Zahlung ist auf folgendes Konto zu leisten:

MBS Potsdam, BIC **WELADED1PMB**, IBAN **DE76 1605 0000 3810 0127 17**.

Hiermit erkläre ich: (nicht Zutreffendes bitte streichen)

- Der Eintritt erfolgt zum _____._____._____ als aktives / passives Mitglied
- Ich befinde mich bis zum _____._____._____ in der Ausbildung. (Ausbildungsnachweis ist beizufügen)

Angaben zum Mitglied

ggf. Angaben zu dem/den Vertretungsberechtigten

Vorname, Name: _____
 Straße : _____
 PLZ., Wohnort : _____
 geb. am : _____
 Telefon : _____
 Email : _____

Vorname, Name: _____
 Straße : _____
 PLZ., Wohnort : _____
 geb. am : _____
 Telefon : _____

Die ausgefüllte Anlage zur Wahrung des Datenschutzes in unserem Verein habe ich beigefügt.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Bei Minderjährigen des/der Vertretungsberechtigten

Freiwillige Angaben für die Übungsleiter und Aufsichtspersonen bei minderjährigen Mitgliedern

Mein/unser Kind hat folgende gesundheitl. Beeinträchtigungen, die besondere Rücksicht / Maßnahmen erfordern:

.....
