



FCP - Fitness Club Pocking e.V.

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft beim Fitness Club Pocking e.V. unter Anerkennung der aktuell gültigen Satzung

Nachname:	Vorname:
Straße:	PLZ, Wohnort:
Geburtsdatum:	Telefon:
e-mail:	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>

bei Familienbeitrag für folgende weitere Mitglieder:

Nachname:	Vorname:	Geb.datum:
Nachname:	Vorname:	Geb.datum:
Nachname:	Vorname:	Geb.datum:

Zurzeit gültige Mitgliedsbeiträge pro JAHR

(Stand 06/2012)

Kinder bis 4 Jahre	frei	<input type="checkbox"/>
Kinder 5-15 Jahre	€ 17,00	<input type="checkbox"/>
Jugendliche 16-18 Jahre	€ 24,00	<input type="checkbox"/>
Schüler, Studenten, Azubis	€ 38,00	<input type="checkbox"/>
<small>(bis 24 Jahre gegen Vorlage eines Ausweises)</small>		
Erwachsene	€ 42,00	<input type="checkbox"/>
Rentner ab 65 Jahre	€ 38,00	<input type="checkbox"/>
Familienbeitrag	€ 76,00	<input type="checkbox"/>
<small>(Ehepartner u. Kinder bis 18 Jahre)</small>		
Fördermitgliedschaft	€ 19,00	<input type="checkbox"/>

- Der Mitgliedsbeitrag ist ein Jahresbeitrag und wird am 15. Februar jeden Jahres abgebucht. Bei Eintritt während des Jahres erfolgt die Abbuchung zum 15.04., 15.07., 15.10., 15.12.
- Der Beitrag wird per SEPA Lastschrift zu den obigen Terminen, erstmals am 15.01.2014 eingezogen. Es erfolgt keine Rechnungsstellung durch den FCP.
- Eine Änderung des Namens, der Adresse und/oder der Bankverbindung ist dem FCP unverzüglich zu melden.
- Ein Austritt kann nur zum Jahresende (31.12.) erfolgen.
- Eine Austrittserklärung muss dem Vorstand bis zum 1.12. schriftlich vorliegen.
- Das Mitglied stimmt der Veröffentlichung von Fotos in der Zeitung bzw. im Internet zu. Ja Nein

Datum _____ Unterschrift (bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter)

SEPA-Lastschriftmandat (wiederkehrende Zahlungen)

Hiermit ermächtige ich den FCP – Fitness Club Pocking e.V., Gläubiger-ID: DE34ZZZ00000295207 widerruflich, den Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit von meinem Konto abzubuchen.

Bankleitzahl:	Konto-Nr.:
IBAN:	BIC:
Bank:	
Kontoinhaber: nur erforderlich, falls das Mitglied nicht der Kontoinhaber ist	

Datum _____ Unterschrift des Kontoinhabers

An den

Fitness Club Pocking e.V.

Christina Killer

Akazienweg 5

D 94060 Pocking

Änderung von

Adresse

Bankverbindung

Mitteilung

Anregung

Kritik

Sonstiges

Nachname:	Vorname:
Straße, Nr.:	PLZ, Wohnort:
Geburtsdatum:	Telefon:
E-Mail:	Mitgliedsnummer:

Datum

Unterschrift