

Beitrittserklärung

per E-Mail zu senden an:
mitgliedschaft@volleyball-hennigsdorf.de



Hiermit beantrage ich

Name : Vorname :

geboren am :

Anschrift :

Telefon : E-Mail :

ab dem : meinen Beitritt in den Verein Motor Hennigsdorf e.V..

Abteilung : Volleyball , Mannschaft:

Der Beitritt wird wirksam zum 01. des Monats, in dem die Beitrittserklärung bei der Vereinsführung bzw. per E-Mail bei mitgliedschaft@volleyball-hennigsdorf.de eingeht.
Erfolgt der Beitritt nach dem 30.06. des laufenden Jahres beträgt der Mitgliedsbeitrag die Hälfte des nach Klassifizierung (Erwachsene, Schüler/ Student/ Rentner etc.) anfallenden Jahresbeitrages.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Ordnung sowie alle daraus folgenden Rechte und Pflichten an und verpflichte mich, den Mitgliedsbeitrag halbjährlich bis spätestens zum 31.01. bzw. 31.07. des jeweils laufenden Jahres zu zahlen, nach Beitritt innerhalb einer Woche zzgl. 10 Euro Beitrittsgebühr.

Vereinsbeitrag

Mitgliedsform (§4 Satzung)	Beitrags- höhe p.a.	Beitritts- gebühr
a) Erwachsene Mitglieder	120 €	10 €
b) Schüler, Studenten, Auszubildende, Arbeit- suchende, Rentner, Sozialfälle	90 €	10 €
c) Passive Mitglieder (keine Trainings- und Wettkampfteilnahme,Veranstaltungen ja)	40 €	
d) Schüler U14 (Trainingsgruppe Thomas Schröder)	60 €	10 €

Bankverbindung: "Motor Hennigsdorf e.V.", IBAN: DE56 1605 0000 3709 0347 19
Verwendungszweck : Volleyball, „Mannschaft:...“, Beitrag "Zeitraum", "Vor- und Nachname"

Ich erlaube dem Verein die anonyme Veröffentlichung von Bildmaterial. Sollte ich Einwände gegen die Veröffentlichung haben, so wende ich mich schriftlich an die Vereinsführung.

Hennigsdorf, den Unterschrift :

Gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen* Unterschrift/en :

(* bitte zusätzlich Seite 2 „Anlage Minderjährige“ ausfüllen)

Anlage Minderjährige



Bei Notfällen bitte folgende Person/en kontaktieren:

Vor- und Zuname, Telefon

Vor-, Zuname, Telefon

Hat der/ die Minderjährige Krankheiten (z.B. Epilepsie), hat er/ sie Allergien, Überempfindlichkeiten o.ä.?
(ja /nein), wenn ja welche?

Nimmt der/ die Minderjährige regelmäßig Medikamente ein? (ja / nein), wenn ja, welche?

Nutzt der/ die Minderjährige körperliche Hilfsmittel (wie Kontaktlinsen, Spangen etc.)? (ja/nein),
wenn ja welche?

Sonstige Bemerkungen:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit dieser Angaben.

Datum, Unterschrift des/ der gesetzlichen Vertreter/s