

# DJK Köln-Ost e.V.

ehem. DJK Neubrück e.V.

DJK Köln-Ost e.V an St.Adelheid 5 | 51109 Köln | Telefon 0221/29820582  
E-Mail: vorstand@djk-koeln-ost.de | Web: www.djk-koeln-ost.de

## Aufnahmeantrag

Ich bitte um Aufnahme in den Sportverein DJK Köln-Ost e.V. als aktives / passives Mitglied.  
Den Antrag bitte leserlich in **DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen.

Abteilung: <input type="text"/>	Straße: <input type="text"/>
Zuname: <input type="text"/>	PLZ / Ort: <input type="text"/>
Vorname: <input type="text"/>	Telefon: <input type="text"/>
Geburtsdatum: <input type="text"/>	E-Mail: <input type="text"/>
Köln, den: <input type="text"/>	Nationalität: <input type="text"/>
	Nur auszufüllen bei Jugendlichen unter 18 Jahren:
Unterschrift: <input type="text"/>	Name des Erziehungsberechtigten: <input type="text"/>

Unterschrift des Erziehungsberechtigten:

### Monatsbeitrag

Pilates	16,00 €
Aufnahmegebühr	10,00 €

Ausgefüllte Anträge bitte beim Abteilungsleiter bzw. Übungsleiter/in abgeben.

Vierteljährlich     halbjährlich     jährlich

**Kündigung sechs Wochen zum Quartalschluss schriftlich an die Geschäftsstelle.**

# DJK Köln-Ost e.V.

ehem. DJK Neubrück e.V.

DJK Köln-Ost e.V. an St. Adelheid 5 | 51109 Köln | Telefon 0221/29820582  
E-Mail: vorstand@djk-koeln-ost.de | Web: www.djk-koeln-ost.de

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmodus

Name des Zahlungsempfängers: DJK Köln-Ost e.V.  
Anschrift des Zahlungsempfängers: An St. Adelheid 5, 51109 Köln  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE11ZZZ00000424437

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

### **Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

### **SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

<b>Zahlungsart:</b> <input type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): <input type="text"/>
<b><u>Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)</u></b>
<b>Straße und Hausnummer:</b> <input type="text"/>
<b>Postleitzahl und Ort:</b> <input type="text"/>
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen): <input type="text"/>
BIC (8 oder 11 Stellen): <input type="text"/>
Ort und Datum: <input type="text"/>
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): <input type="text"/>