

**Lüner Sportverein Volleyball e. V.**

Vorsitzender: Martin Lehnhoff,  
Postfach 1640  
44506 Lünen



**Aufnahmeantrag**

Hiermit bitte ich um die Aufnahme in den Lüner Sportverein Volleyball e.V.

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift: Straße, Nr., PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
(Geburtstag)                      (Geburtsort)                      (Beruf)

Der Jahresbeitrag beträgt für Kinder/Jugendliche/Studenten/Auszubildende und Hobbyspieler 120€, für Erwachsene 150€. Die Abbuchung erfolgt halbjährlich jeweils zum 1. März und 1. September per SEPA-Lastschriftmandat.

Eine Aufnahmegebühr in Höhe von 30€, bzw. 45€ wird einmalig erhoben. Dafür erhält das neue Mitglied einen Spielerpass und ein T-Shirt. T-Shirtgröße (bitte angeben): \_\_\_\_\_

Die Mitgliedschaft erlischt durch Austritt, der schriftlich zum 1. Januar bzw. 1. Juli erklärt werden muss.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis, dass mein Foto und mein Vor- und Nachname auf der vereinseigenen Homepage [www.lsv-volleyball.de](http://www.lsv-volleyball.de) und in den örtlichen Tageszeitungen veröffentlicht werden darf.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)                                      (Unterschrift der Antragstellerin/des Antragsstellers)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift einer gesetzlichen Vertreterin/eines gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen,

Für Mitteilungen: Telefonnummer: .....  
E-Mail-Adresse:.....

**SEPA-Lastschriftmandat**

Name des Zahlungsempfängers: Lüner SV Volleyball e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers:  
Postfach 1640  
44506 Lünen                                      Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE53ZZZ00000391380

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

**SEPA-Lastschriftmandat:**

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

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

**Name des Kontoinhabers:**

Anschrift des Kontoinhabers:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Land:

IBAN des Kontoinhabers (max. 35 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen):

Ort:

Datum:

Unterschrift des Kontoinhabers: