



SV Delphin Wiesbaden e.V.
Walramstr. 16a, 65183 Wiesbaden
Tel.: 7169723 Fax: 03222 379 349 6
eMail: info@svdw.de

AUFNAHMEANTRAG

Schwangerschaftsgymnastik und Geburtsvorbereitung im Wasser

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied im Schwimmverein Delphin Wiesbaden e.V. für eine Einheit von **8 Stunden**.

Die Gebühr beträgt je nach Dauer der Einheit **einmalig 80,- €**. Eine Erstattung nicht genutzter Stunden innerhalb der Einheit erfolgt nicht.

Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

telefonisch erreichbar: _____

E-Mail: _____

Kursstart: 30.01.2017 (8 Abende – 80,-€)

Kursstart: 24.04.2017 (8 Abende – 80,- €)

Kursstart: 14.08.2017 (8 Abende – 80,- €)

Kursstart: 23.10.2017 (8 Abende – 80,- €)

Hinweis: Da es nicht sinnvoll ist vor der 18.SSW. mit dem Kurs zu beginnen, teilen Sie uns bitte den errechneten Entbindungstermin mit: _____

Ort, Datum

Unterschrift



SV Delphin Wiesbaden e.V.
Walramstr. 16a, 65183 Wiesbaden
Tel.: 7169723 Fax: : 03222 379 349 6
eMail: info@svdw.de

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA- Lastschriftmandats

SV Delphin Wiesbaden e.V. – Walramstrasse 16a – 65183 Wiesbaden

Gläubigeridentifikationsnummer: DE73ZZZ00000307212

Mandatsreferenz-Nr.: Mitgliedsnummer (erfolgt mit der Aufnahmebestätigung)

Hinweis: Diese Regelung tritt erst am 01.Februar 2014 in Kraft! Zuvor erhalten Sie nur eine Bestätigung zur Teilnahme per Mail.

Ich/Wir ermächtigen den **SV Delphin Wiesbaden e.V.** Beitragszahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom SV Delphin Wiesbaden e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Einzug erfolgt zum Monatsanfang der Mitgliedschaft.

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.

Name, Vorname (Kontoinhaber) _____

Adresse* _____

Kreditinstitut _____

BIC _____

IBAN: DE _____

*sofern abweichend vom Antragsteller

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber