

Burgstädter Handball Club



-Geschäftsstelle-
Schillerstr. 14, 09217 Burgstädt
Tel.: 015209519273

E-Mail: info@burgstaedter-hc.de
Internet: <http://www.burgstaedter-hc.de>

AUFNAHMEANTRAG

Ich beantrage hiermit meine Aufnahme als:

- aktives Mitglied passives Mitglied

in den Burgstädter Handball Club e.V.

Name: _____ Vorname: _____

geboren am: _____ in: _____

Anschrift: _____
Straße PLZ Ort

Telefon: _____ E-Mail: _____

Ich war bis jetzt in folgendem Verein: _____

In o.g. Verein bin ich noch Mitglied: Ja Nein

Ich bin im Besitz eines Spielerpasses: Ja Nein

Die einmalig zu entrichtende Aufnahmegebühr beträgt € 10,00.

Der Mitgliedsbeitrag ist per Einzugsermächtigung zu zahlen, kann aber in Ausnahmefällen auch in bar entrichtet werden.

Der jeweilig zutreffende Mitgliedsbeitrag ist der umseitigen Beitragsordnung zu entnehmen.

Im Falle der Barbezahlung ist der Beitrag für jeweils 6 Monate im voraus zu entrichten, dabei gelten folgende Stichtage: 30. Juni und 31. Dezember des jeweiligen Jahres.

Die Vereinsatzung ist mir bekannt; ich erkenne sie in vollem Umfang an und verpflichte mich zur pünktlichen Zahlung meines Mitgliedsbeitrages.

Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) durch den Verein bin ich einverstanden und willige ausdrücklich ein.

Die Datenschutzrichtlinie des Vereins habe ich zur Kenntnis genommen und willige in diese Regelungen ein. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über meine Daten zu erhalten. Meine Daten werden nach dem Austritt aus dem Verein gelöscht.

Mit der Unterzeichnung des Mitgliedsantrags wird unsere Datenschutzbestimmung akzeptiert, welche uns erlaubt, Foto- und Videomaterial aus Trainingseinheiten und Spielen auf unseren Plattformen (WhatsApp, Instagram, Internetseite, Zeitung, etc.) zu veröffentlichen. Sollte das Verwenden von Fotos und Videos nicht erlaubt sein, bitte teilen Sie uns dies mit.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____
bei Personen unter 18 Jahren gesetzlicher Vertreter Antragsteller

Mitgliedsbeiträge (gemäß der Beitragsordnung vom 01.07.2026)

- | | |
|--|--|
| 1. Aktive Mitglieder, welche das 16. Lebensjahr vollendet haben: EUR 180,00 /Jahr | 6. Jedes Mitglied kann auf freiwilliger Basis seinen Mitgliedsbeitrag erhöhen, der mehr gezahlte Betrag gilt nicht als Spende an den Verein, sondern als Mitgliedsbeitrag. |
| 2. Aktive Mitglieder, welche das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben: EUR 60,00 /Jahr | 7. Familienbeiträge (gilt nur für Mitglieder welche alle im selben Haushalt wohnen): |
| 3. Aktive Mitglieder, welche das 16. Lebensjahr vollendet haben, aber zu einer der folgenden Gruppen gehören: Wehr- oder Zivildienstleistende, Schüler, Studenten, Rentner, Erwerbslose EUR 96,00 /Jahr | - 3 Mitglieder einer Familie zahlen als Gesamtbeitrag nur 75% der Summe der einzelnen Mitgliedsbeiträge |
| 4. Passive Mitglieder: EUR 84,00 /Jahr | - ab 4 Mitgliedern einer Familie werden als Gesamtbetrag nur 2/3 der Summe der einzelnen Mitgliedsbeiträge fällig |
| 5. Außerordentliche Mitglieder: EUR 150,00 /Jahr | |

Bitte unbedingt Rückseite beachten!

Die Abmeldung eines Mitglieds bedarf genau wie die Aufnahme der SCHRIFTFORM!

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Burgstädter Handball Club e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers:

Schillerstraße 14 , 09217 Burgstädt

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE14BHC00000460564

Mandatsreferenz:

Mitglieds-Nummer

Mandatsreferenz:

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.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

jährlich zum 01.07.

halbjährlich zum 02.01. & 02.07.

monatlich zum 1. jeden Monats

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen)

DE

BIC (8 oder 11 Stellen)

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers): _____

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger (Name (siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.