

# Aufnahmeantrag



Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Modellfluggruppe BIT-Falken e.V. als

aktives Mitglied     aktives Mitglied (Selbst Versichert)     förderndes Mitglied

Name, Vorname : \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Meine Mitgliedschaft soll beginnen ab: \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

Die Mitgliedschaft bei den Bit-Falken beinhaltet die automatische Mitgliedschaft im Sportbund Rheinland sowie im Luftsportverband Rheinland-Pfalz. Im Luftsportverband Rheinland-Pfalz jedoch nur wenn kein eigener Versicherungsschutz besteht.

Die aktiven Mitglieder ohne eigene Versicherung sind über den Luftsportverband Rheinland-Pfalz zur Ausübung des Modellflugsportes gemäß den gesetzlichen Bestimmungen haftpflichtversichert. Die hierfür fälligen Beiträge werden mit dem Vereinsbeitrag erhoben.

Die Satzung, Geschäftsordnung sowie die Flugplatzordnung habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie an. Die jeweils fälligen Beiträge werden zum 1.1. des Kalenderjahres per Lastschrift eingezogen. Die Mitgliedschaft verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn nicht bis zum 31.10 des laufenden Jahres gekündigt wird.

Änderungen meiner Anschrift sowie meiner Bankverbindung teile ich umgehend mit.

Mitglieder mit einem eigenen Versicherungsschutz müssen eine Kopie dem Aufnahmeantrag beifügen. Eine Kopie der Versicherungskarte ist dem Vorstand jährlich bis Ende Februar vorzulegen, andernfalls wird bis Vorlage des Versicherungsschutzes ein Flugverbot verhängt.

\_\_\_\_\_. den \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

(Ort) (Unterschrift) (bei minderjährigen gesetzl. Vertreter)

## Einzugsermächtigung SEPA

Gläubiger-Identifikationsnummer DE28ZZZ00000780218 Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Bit-Falken, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von den Bit-Falken auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

\_\_\_\_\_

Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE \_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

IBAN

\_\_\_\_\_

Datum, Ort und Unterschrift