



## Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Mitgliedschaft im DfC Weser e.V.  
und erkenne die beigefügte Vereinssatzung an.

---

Vor- und Familienname

---

Straße, Hausnummer

---

PLZ, Ort

---

Telefon mobil

---

E-Mail

---

Geburtsdatum

---

DHV Mitgliedsnummer

### **Kosten:**

Monatsbeitrag: 30€ (Schüler und Studenten 15€)

Aufnahmebeitrag:

120€ einmalig oder wahlweise 40€ Monatsbeitrag in den ersten 12 Monaten. Bei Schülern/Studenten entfällt der Aufnahmebeitrag bis zum Ende der Schul- und Ausbildungszeit bzw. bis zum Ende des Studiums und wird nachträglich erhoben.

DfC Weser e.V.  
Mitglied des Landessportbund e.V.

1. Vorsitzender  
Martin Petri  
Radelskuhle 32A  
27607 Geestland

Mobil 0174 / 175 174 0  
vorstand@dfc-weser.de

[www.dfcweser.de](http://www.dfcweser.de)

Vereinskonto  
Kreissparkasse Verden  
BLZ 291 526 70  
Konto 1414 2921  
BIC BRLADE21VER  
IBAN DE64291526700014142921

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

**Anschrift des Zahlungsempfängers**

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Gläubiger-Identifikationsnummer:

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.

**Zahlungsart:**

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen):

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):