Betriebssportverband

Bad Bramstedt und Umgebung e. V. von 1975

Mitglied des Landesbetriebssportverbandes Schleswig - Holstein e. V.

Beitritts-Erklärung

Hiermit trete ich dem Betriebssportverband Bad Bramstedt und Umgebung e. V. als Einzelmitglied bei.

Name:_____ **Vorname:**_____

Geburtsdatum:_____ **Geschlecht (w/m):**_____

Straße/Nr.:_____ **PLZ/Ort:**_____

Telefonnummer:_____ **E-Mail:**_____

Ich bitte um Aufnahme in folgende Sparte:
(Mehrfachanmeldungen sind möglich)

- ☐ Seniorengymnastik 60+
- ☐ Stepp – Aerobic
- ☐ Boxfitness
- ☐ Fitness - Mix
- ☐ Eltern-und-Kind-Turnen
- ☐ Aqua – Power
- ☐ Nordic Walking
- ☐ Badminton
- ☐ Fördermitglied (oder Sponsorenvertrag ausfüllen)

Für die Sparten werden folgende Jahresbeiträge erhoben:

Badminton
Boxfitness
Fitness – Mix
Eltern-und-Kind-Turnen
Nordic Walking
Step - Aerobic
Senioren-Gymnastik 60+
} pro Sparte 45, -- Euro

Aqua – Power 190,-- Euro

Förderndes Mitglied _____Euro
(mind. 13,00 € oder anderen Betrag bitte hier eintragen)

Für Sparte Mutter und Kind Turnen:
Hier bitte die Kinder angeben: 1. Kind:_____ 2. Kind:_____

Der Jahresbeitrag für Unfallversicherung von 2,31 Euro pro Person ist im Spartenbeitrag enthalten

Für die Mitgliedschaft gilt die Satzung des Betriebssportverbandes Bad Bramstedt und Umgebung e. V. in der jeweils gültigen Fassung. Die Satzung des Verbandes kann beim Sportwart des BSV Bad Bramstedt angefordert werden und ist im Internet unter www.bsv-badbramstedt.de veröffentlicht.
Die Kündigungsfrist beträgt 3 Monate zum Jahresende. Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr. Bereits gezahlte Beiträge werden nicht erstattet.

Beginn der Mitgliedschaft : _____ **Unterschrift :** _____

☐ Ich stimme ausdrücklich zu, dass mir die Einladung zum Verbandstag per E-Mail zugeschickt wird.
E-Mail: _____

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Betriebssportverband Bad Bramstedt und Umgebung e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BSV 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 die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut Name: _____ **BIC :**_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

IBAN: DE _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ **Unterschrift:** _____

Bankverbindung:
Raiffeisenbank Bad Bramstedt
IBAN: DE97 2006 9130 0000 1440 02
BIC GENODEF1BBR
Gläubiger-ID: DE65BSV00001164739

1. Vors.: Uwe Masurek
Lehmbarg 31
24576 Bad Bramstedt
Tel.: 04192 / 39 24
Fax: 04192 / 81 86 16

2. Vors.: Jan Löffler
Sauer Moor 1c
23845 Oering
Tel.: 04535/51 57 02