

VOLLEYBALL CLUB GOTHA e.V.

Antrag auf Mitgliedschaft / Mitgliedskarte



Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Wohnanschrift: Straße: _____
PLZ Ort: _____
Telefon privat: _____ Handy: _____
E-Mail-Adresse: _____

Arbeitsstelle/Anschrift Mitglied:

(bei Schülern die der **Mutter:**)

Telefon: _____ Fax: _____
Handy: _____

Arbeitsstelle/Anschrift Vater:

(nur für Schüler)

Telefon: _____ Fax: _____
Handy: _____

Abbuchungs-Einzugsermächtigung

monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Kontoinhaber: _____
Konto Nr.: _____
BLZ: _____
Name Kreditinstitut: _____

Datum, Unterschrift

(der Eltern bei Kindern und Jugendlichen)

Die Satzung und die Beitragsordnung des Volleyballclubs Gotha e.V. habe ich erhalten und wird von mir anerkannt.
Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Angaben zur vereinsinternen Mitgliederversammlung verwendet werden.

Ort, Datum, Unterschrift Mitglied (bei Kindern + Jugendlichen, die der Eltern

Füllt der Verein aus:

Mitgliedsnummer: _____ **Mitglied seit:** _____
monatl. Beitrag: _____ €
Mannschaft: _____ **Spielerpass:**
Trainer/Betreuer: _____
GF/Datum: _____
Mitgliedschaft beendet: _____

Bitte ausgefüllt zurück an VC Gotha !!

VC Gotha e.V. *** Mauerstraße 52, 99867 Gotha * Tel:03621-7338050 * Fax 7338060 *** E-Mail: info@vc-gotha.de

Kreissparkasse Gotha >< BLZ: 820 520 20 >< Ko-Nr.: 750035692

Antrag leer-6-1