

Aufnahmeantrag Karateakademie

Ergänzend zur Anmeldung im TSV Ochenbruck e.V. (Hauptverein) melde ich mich hiermit in der **Karateakademie im TSV Ochenbruck e.V.** an.

Vorname	Name	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
Telefon/Mobil		E-Mail

- Ich habe die **Akademieordnung** und **Beitragsordnung** in der aktuell gültigen Fassung zur Kenntnis genommen und akzeptiere diese (siehe <https://www.worldofkarate.de/service-formulare>).
- Hinweis:** Eine Kündigung der Mitgliedschaft kann laut Akademieordnung nur zum Jahresende (31.12.) mit einer Frist von 3 Monaten in schriftlicher Form erfolgen. Bei einem Austritt während des Jahres sind die Beiträge bis zum Jahresende zu entrichten.
- Die Informationen zum **Datenschutz** (<https://www.worldofkarate.de/datenschutz>) habe ich zur Kenntnis genommen.
- Ich möchte per E-Mail **wichtige Informationen zum Training, Prüfungen und Veranstaltung** der Karateakademie erhalten. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum	Unterschrift (gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen)
------------	--

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Karateakademie im TSV Ochenbruck 21/25 e.V., 90592 Schwarzenbruck

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE60KAR00000158260

Mandatsreferenz: „Vorname des Mitglieds“

Ich ermächtige die Karateakademie im TSV Ochenbruck e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Karateakademie im TSV Ochenbruck auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung (Der Betrag wird halbjährlich Mitte Januar und Juli eingezogen)

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die gemäß der jeweils aktuellen Beitragsordnung fälligen Beitragszahlungen für das Mitglied oder den Familienverband. Sollte mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweisen, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Evtl. dadurch anfallende Bankgebühren, Spesen etc. gehen zu meinen Lasten. 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.

Kontoinhaber (Name)	Kreditinstitut (Name)
IBAN	BIC
Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)	

Ort, Datum	Unterschrift (Kontoinhaber)
------------	-----------------------------