Antrag auf Mitgliedschaft

Von

☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers

[Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen]

Vor- und Nachname: _____

geboren am ____._____._____ in _____,

Nationalität: _____

aktuell wohnhaft in:

Straße: _____ Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

E-Mail: _____ Telefonnr.: _____ / _____

Waffengattung: ☐ Degen ☐ Säbel ☐ Rollstuhlfechten

Waffenarm: ☐ Rechts ☐ Links

Beruf *: _____ Firma *: _____

[* freiwillige Angaben]

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Fechtzentrum Berlin e.V.

☑ Die Satzung und Vereinsordnung habe ich zur Kenntnis genommen und akzeptiere sie mit meinem Beitritt zum Verein.

☑ Die Einzugsermächtigung zur Abbuchung des Mitgliedsbeitrages per Lastschrift (Anlage 1) habe ich ausgefüllt und unterschrieben abgegeben.

☑ Hiermit ermächtige ich den Fechtzentrum Berlin e.V. alle meine Daten zu speichern und diese für interne Zwecke zu verwenden.

Berlin, den ____.____._____ _____

Unterschrift des Antragsstellers*

***Bei Personen unter 18 Jahren ist zusätzlich die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich.**

_____ _____

Vor- und Nachname des gesetzlichen Vertreters Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

_____

Unterschrift Fechtzentrum Berlin e.V. - Vorstand

Fechtzentrum Berlin e.V.
c/o Michael Behrendt
Fließstraße 2
15345 Eggersdorf

E-Mail: kontakt@fechtzentrum-berlin.de
Tel: 03341 / 470880
www.fechtzentrum-berlin.de