



Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Golf-Club Escheburg e.V. unter Anerkennung der Vereinssatzung und der Aufnahmebedingungen.

Free-Golfer* **Spielstärke: ja HCP _____**

Name _____

Vorname _____

Ehegatte _____

Strasse _____

PLZ, Ort _____

Beruf _____

Geburtsdatum _____

Telefon privat _____

Telefon gesch. _____

Mobil _____

E-Mail Adresse _____

Datum und Unterschrift/-en _____

Ihre Daten werden elektronisch gespeichert und weiter verarbeitet. Sie werden vor unberechtigter Kenntnisnahme Dritter geschützt. Ich stimme jedoch der Veröffentlichung meiner Telefon Nummer im Mitglieder Telefonverzeichnis zu.

Free-Golfer*

Jährliche Bearbeitungsgebühr 330,00 € 0

Zzgl. der derzeitig gültigen Verbandsbeiträge (DGV, GVSH, LSV, KSV), insgesamt 27,40 €

***Beinhaltet:**

- DGV Mitgliedsausweis
- Führung und Verwaltung des Stammblatts
- Benutzung der Übungsanlagen
- Greenfee-Vergünstigungen auf unseren Partneranlagen
- ermäßigte Trainerstunden
- Die Teilnahme an Wettspielen gegen ein Greenfee von 35 € zzgl. Startgeld lt. Wettspiel-ausschreibung.
- Spielen gegen ein ermäßigtes Greenfee in Form einer 10er Karte Greenfee (450,- € Woche und Wochenende).

***Voraussetzung:**

- Nachweis der Platzterlaubnis bzw. Vorlage des letzten Clubausweises/Vorgabenstammblatt
- Die Erteilung einer Einzugsermächtigung

Der Vertrag hat eine Laufzeit von 12 Monaten ab Genehmigung des Antrages durch den Vorstand des GCE und läuft auf unbestimmte Zeit. Der Vertrag ist dann von beiden Parteien mit einer Frist von 3 Monaten kündbar.

Die Bearbeitungsgebühr wird mit Vertragsschließung fällig und wie oben gewünscht von Ihrem Konto eingezogen

Datum



Am Soll 3, 21039 Escheburg

Am Soll 3, 21039 Escheburg

Gläubiger - Identifikations Nummer: DE 17ZZZ00000186776

Mandats Referenz Nummer: _____ (Mitglieds Nummer)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Golf-Club Escheburg e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Golf-Club Escheburg e. V. gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl, Ort und Land

Kreditinstitut

BIC

IBAN: DE _____

Ort, Datum, Unterschrift