



## Aufnahmeantrag

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

**Jugend-Mitgliedschaft**  

**Spielstärke:**                       Ja    HCP \_\_\_\_\_                       nein

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Lehrberuf/  
Schüler/Student \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_

Fax privat \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

Handy Eltern \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse \_\_\_\_\_

**Aufnahmedatum** \_\_\_\_\_

**bei minderjährigen Kindern Unter-  
schrift des Erziehungsberechtigten**

\_\_\_\_\_  
**(Unterschrift)**

*Ihre Daten werden elektronisch gespeichert und weiter verarbeitet. Sie werden vor unberechtigter Kenntnisnahme Dritter geschützt.*

## Aufnahmekonditionen

- Aufnahmebeitrag Jugendliche/Kinder -----
- Aufnahmebeitrag Jugend B\* € ~~200~~ (ab 18 J. ohne Einkommen)
- Aufnahmebeitrag Jugend C\*\* € ~~300~~ (ab 18 J. m. geringem Einkommen)
  
- Jahresbeitrag Jugendliche/Kinder € 100,00
- Jahresbeitrag Jugend B € 200,00 (ab 18 J. ohne Einkommen)\*
- Jahresbeitrag Jugend C € 300,00 (ab 18 J. m. geringem Einkommen)\*\*
  
- Zzgl. der derzeit gültigen Verbandsbeiträge (DGV, GVSH, LSV, KSV), insges. 22,78 €, ab 18 Jahre insges. 25,78 €

\*Vorraussetzung ist ein Schüler oder Studentennachweis

\*\*Vorraussetzung ist die Vorlage eines Ausbildungsvertrages

---

**Der oder die gesetzlichen Vertreter haften für die Begleichung der Beitragsverpflichtungen des Minderjährigen.**



**Am Soll 3, 21039 Escheburg**

**Gläubiger - Identifikations Nummer: DE 17ZZZ00000186776**

**Mandats Referenz Nummer: \_\_\_\_\_ (Mitglieds Nummer)**

**SEPA-Lastschriftmandat**

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

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

---

Vorname und Name (Kontoinhaber)

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl, Ort und Land

---

Kreditinstitut    Name und BIC

IBAN: DE \_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

---

Ort, Datum, Unterschrift