



MARIENBURGER  
SPORT-CLUB 1920 E.V.  
SCHILLINGSROTTER STR. 99  
50996 KÖLN  
TELEFON: +49 221 353 942  
SEKRETARIAT@  
MSC-KOELN.DE  
WWW.MSC-KOELN.DE

# AUFNAHMEANTRAG

HIERMIT BEANTRAGE ICH MEINE AUFNAHME IN DEN **MARIENBURGER SPORT-CLUB 1920 E.V.** ALS

aktives Mitglied     aktives Ehepaar     inaktives Mitglied     Jugendlicher unter 18 Jahren     Auszubildender, Schüler oder Student von 18 bis 27 Jahren

IN FOLGENDEN **SPORTARTEN** (ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN):

Tennis                       Hockey                       Elternhockey

**NAME \*** ..... **VORNAME \*** .....  
**STRASSE, NR. \*** ..... **PLZ, ORT \*** .....  
**GEBURTS-DATUM \*** ..... **FAMILIEN-STAND** .....  
**TEL. PRIVAT** ..... **TEL. DIENSTL.** .....  
**HANDY** ..... **BERUF** .....  
**E-MAIL \*** .....

ALS **PATEN** GEBE ICH FOLGENDE ZWEI ORDENTLICHE CLUBMITGLIEDER AN:

**1. NAME** ..... **UNTER-SCHRIFT** .....  
**2. NAME** ..... **UNTER-SCHRIFT** .....

Ich ermächtige den MSC, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

**Die Satzung habe ich zur Kenntnis genommen. Ich stimme der Veröffentlichung von Bildmaterial auf der Homepage sowie in den anderen Medien zu.**

**DATUM \*** ..... **UNTERSCHRIFT \*** .....  
(ANTRAGSTELLER BZW. GESETZLICHER VERTRETER)

## ERTEILUNG EINER EINZUGSERMÄCHTIGUNG UND EINES SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS:

Name des Zahlungsempfängers:  
**Marienburger Sport-Club 1920 e.V.**  
**Schillingsrotter Str. 99**  
**50996 Köln**

Gläubiger-Identifikationsnummer:  
**DE07ZZZ00000596102**

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**

**Einzugsermächtigung:**  
Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichten den Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat:**  
Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto 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.

ZAHLUNGSART:

Wiederkehrende Zahlung

ANGABEN ZUM ZAHLUNGSPFLICHTIGEN (KONTOINHABER):

**NAME \*** ..... **VORNAME \*** .....  
**STRASSE, NR. \*** ..... **PLZ, ORT \*** .....  
**IBAN \*** **DE** ..... **BIC \*** ..... **DE**  
**ORT \*** ..... **DATUM \*** .....  
**UNTER-SCHRIFT \*** .....

\*PFLICHTFELDER