



RODELCLUB BERCHTESGADEN e.V.

Königseer Str. 20 83471 Berchtesgaden Telefon +49 8652 977230

Email info@rodelclub-berchtesgaden.de www.rodelclub-berchtesgaden.de

AUFNAHMEANTRAG

- Aktives Mitglied: Jahresbeitrag EUR 30,-
- Sportart Rodel
 - Sportart Skeleton

Voraussetzung für die Führung als aktives Mitglied ist die tatsächliche Ausübung des Sports unter der Aufsicht des Bob- und Schlittenverbands für Deutschland e.V.. Der Verein gleicht zu diesem Zweck jährlich zu Beginn der Bahnsaison ab 01.10. die Teilnehmer- und Kaderlisten des Stützpunktes Berchtesgaden mit dem als aktiv gemeldeten Sportlern ab. Als aktiv gemeldete Sportler, die keinen Kaderstatus haben und/oder nicht am Stützpunkt trainieren, werden vom Verein falls notwendig zur Statusabfrage kontaktiert. Ggf. wird die Art der Mitgliedschaft durch den Verein auf „passiv“ geändert.

Laut Reglement der FIL bzw. IBSF und den korrespondierenden Sportordnungen ist der Abschluss einer privaten Gruppenunfallversicherung durch den Verein verpflichtend. Der Verein meldet alle als aktiv gemeldeten Mitglieder an die Gruppenunfallversicherung. Der Beitrag wird jährlich neu kalkuliert und an die Mitglieder verrechnet. Der Einzug erfolgt jährlich zu Beginn der Bahnsaison ab 01.10., im Sportjahr 2017/2018 betrug der Beitrag für jedes Mitglied EUR 45,44.

- Passives Mitglied: Jahresbeitrag EUR 40,-

Der Eintritt von Minderjährigen ist nur möglich, wenn ein Erziehungsberechtigter ebenfalls Mitglied ist oder wird.

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Email: _____

SEPA-Lastschriftmandat Gläubiger-ID DE80RCB00000427657

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber (falls von Mitglied abweichend):

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Rodelclub Berchtesgaden e.V. und ermächtige den Rodelclub Berchtesgaden e.V. bis auf Widerruf den einmal im Jahr fälligen Mitgliedsbeitrag und ggf. den Beitrag zur Vereinsunfallversicherung mittels SEPA Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen. Zugleich weisen ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich/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.

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____