

Luftsport Club Frammersbach e.V.

Mitglied im Deutschen Modellflieger Verband e. V. (DMFV)

Aufnahmeantrag / Beitrittserklärung

Stand: 01.01.2015

Hiermit erkläre ich den Beitritt zum Luftsportclub Frammersbach e.V. als

- aktives Mitglied Fördermitglied ab _____
- zusätzlich möchte ich Mitglied im DMFV werden ab _____
- Beim DMFV habe / möchte ich eine Zusatzversicherung Form II Form III Form IV

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
PLZ, Wohnort:	Straße, Haus Nr.:	Telefon:
E-Mail:	Beruf:	Eintrittsdatum LCF:

Gebührenaufstellung

	<u>Erwachsene</u>	<u>Jugendliche *</u>	Betrag in €
1. <u>Einmalige Aufnahmegebühr</u>			
a. LCF Aufnahme aktives Mitglied	100,00 €	25,00 €	_____
b. LCF Fördermitglied	0,00 €	0,00 €	_____
2. <u>Jährliche Beiträge</u>			
a. Aktives LCF Mitglied	48,00 €	25,00 €	_____
b. DMFV Mitglied	42,00 €	12,00 €	_____
c. LCF Fördermitglied	13,00 €	13,00 €	_____
d. Zusatzversicherung DMFV			
	Form II	14,36 €	14,36 € _____
	Form III	17,44 €	17,44 € _____
	Form IV	24,64 €	24,64 € _____

Gesamt: _____

***Jugendlicher** ist jede natürliche Person bis zur Vollendung des **18.** Lebensjahres. Darüber hinaus können vom **DMFV** Schüler, Studenten, Auszubildende, Wehr- und Ersatzdienstleistende bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres gegen Nachweis den Jugendlichenstatus zuerkannt bekommen.

Die Aufnahme erfolgt gemäß den Bestimmungen der Vereinsatzung.

Der Unterzeichner verpflichtet sich durch Unterschrift, dass er die Satzung vorbehaltlos anerkennt und die Flugordnung uneingeschränkt beachtet. Eine Kündigung oder Veränderung der Mitgliedschaft muss bis 31.08. des Jahres erfolgen.

Die einmalige Aufnahmegebühr ist mit dem Aufnahmeantrag zu entrichten.

Datum _____ Unterschrift _____ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters _____

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) den **Luftsportclub Frammersbach** den Jahresbeitrag jeweils bis zum 31.01. des Jahres von meinem/unserem Konto mittels **Lastschrift** einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC	IBAN DE
Ort, Datum	Unterschrift (Zahlungspflichtiger)