

## Aufnahmeantrag für den EC-DIVING CLUB INGOLSTADT-PFAFFENHOFEN e. V.

Name/Vorname: .....  
Straße: .....  
PLZ/Wohnort: .....  
Tel.-Nr./Fax: .....  
Handy: .....  
e-Mail: .....  
Geb. Datum: .....

Ich erkläre meinen Beitritt zum EC-DIVING CLUB INGOLSTADT-PFAFFENHOFEN e. V. und verpflichte mich zur Anerkennung und Einhaltung der Vereinssatzung und der Clubordnung.

Die Aufnahme setzt eine Mitgliedschaft in einer Pflicht-, Ersatz- oder Privatkasse einer Krankenversicherung des Antragstellers voraus.

Der Austritt aus dem Verein kann nur durch schriftliche und rechtzeitige Kündigung (4 Wochen zum Ende eines Kalenderjahres) gegenüber der Vorstandschaft erfolgen.

**Einmalige Aufnahmegebühr:** 50,00 Euro (nur Erwachsene)

### **Jährlicher Mitgliedsbeitrag:**

Mitglieder	40,00 Euro
Aktivzuschlag für Mitglieder	13,00 Euro (Beitrag zum BLTV)
Ehepartner u. Lebensgefährten	20,00 Euro
Jugendliche (14- 18 J.)	12,00 Euro
Kinder(bis 14 J.)	5,00 Euro

**Datum:** ..... **Unterschrift:** .....

## Lastschriftinzug

Hiermit bevollmächtige ich den EC-Diving Club Ingolstadt-Pfaffenhofen e. V. bis auf Widerruf die fälligen Beitragszahlungen von meinem Konto abzubuchen.

Konto Nr.: .....  
Bank: .....  
BLZ: .....

**Datum:** ..... **Unterschrift:** .....