

1.Vorsitzender
 Dr. Christophe Andréoli
 Hermann-Witz-Str. 1
 85051 Ingolstadt
 Tel.: 0160 / 4488239
 Email:christopheandreoli@yahoo.de



2.Vorsitzender
 Helen Stark
 Email: helenstarkde@yahoo.de

Aufnahmeantrag

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Schachklub Ingolstadt e.V. Für die Teilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren ist die Erteilung des beigefügten SEPA-Lastschriftmandats erforderlich.

Name:	Vorname:	Titel:
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Geschlecht:
Staatsangehörigkeit:	Telefon:	
Email:		
Straße, Hausnummer:	Wohnort:	
Datum:	Unterschrift:	

Aktuell gültige Jahresbeiträge (seit 14. Dezember 2019)

Kinder bis 14 Jahre	(1)	36,00 €
Jugendliche bis 18 Jahre	(1)	50,00 €
Erwachsene ab 19 Jahre		75,00 €
Ermäßigter Beitrag		50,00 €
<ul style="list-style-type: none"> - Studenten bis 27 Jahre - Bezieher von ALG oder Grundsicherung (nach SGB II oder SGB XII) - Behinderungsgrad ab 50 % (GDB 50) 		

Die Kündigung der Mitgliedschaft kann jederzeit erfolgen und tritt zum 31.12 des laufenden Jahres in Kraft. Die Mitglieder verzichten im Rahmen der Vereinsveranstaltungen auf das Recht am eigenen Bild (§23 KunstUrhG)

- (1) Während des Aufenthaltes in unserem Verein sowie auf offiziellen Veranstaltungen des Deutschen Schachbundes oder der Deutschen Schachjugend, an denen der Verein sich beteiligt, stehen Minderjährige oder Beaufsichtigungspflichtige unter der Aufsichtspflicht der Jugendleiter (§ 832 BGB) bzw. deren Vertreter oder Gehilfen.

1.Vorsitzender
Dr. Christophe Andréoli
Hermann-Witz-Str. 1
85051 Ingolstadt
Tel.: 0160 / 4488239
Email:christopheandreoli@yahoo.de



2.Vorsitzender
Helen Stark
Email: helenstarkde@yahoo.de

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats für die Mitgliedschaft von

Name, Vorname: _____

Mandatsreferenz: SKI-nnnn-nnn (WIRD SEPARAT MITGETEILT)

Ich ermächtige den Schachklub Ingolstadt e.V., Beitragszahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag fällig.

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

Kreditinstitut: _____ BIC: _____

IBAN: _____

Kontoinhaber: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Bankverbindung: Sparkasse Ingolstadt – IBAN: DE 92 7215 0000 0000 0549 40 – BIC: BYLADEM1ING
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 73 ZZZ0 0000 9348 99