

## Aufnahmeantrag

entgegengenommen von Trainer \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_ Mannschaft \_\_\_\_\_

Ich bitte – gemäß Vereinssatzung – um Aufnahme in den Hockey-Club Bad Homburg e.V. für

- mich                       meine Tochter                       meinen Sohn

Name	Vorname
Straße, Nr.	geboren am
PLZ, Wohnort	
Kindergarten / Schule	
Telefon	Mobil
E-Mail-Adresse	
Bad Homburg, den	Unterschrift
Bei Minderjährigen: Vor- und Nachname der Erziehungsberechtigten	
Bei Minderjährigen: Unterschrift eines Erziehungsberechtigten	

- |                                                                         |                                             |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Mini (wird im laufenden Jahr maximal 6 Jahre alt) | zu 24 € pro Monat und 50 € Aufnahmegebühr   |
| <input type="radio"/> Aktives Mitglied (ab D, Jugendliche & Erwachsene) | zu 53 € pro Monat und 50 € Aufnahmegebühr   |
| <input type="radio"/> Familie (ein oder zwei Erwachsene und Kinder)     | zu 115 € pro Monat und 150 € Aufnahmegebühr |
| <input type="radio"/> Studenten/ Auszubildende                          | zu 27 € pro Monat / keine Aufnahmegebühr    |
| <input type="radio"/> Aktives ermäßigtes Mitglied (Senioren)            | zu 42 € pro Monat und 50 € Aufnahmegebühr   |
| <input type="radio"/> Fördermitglied (nicht aktive Erwachsene)          | zu 7 € pro Monat / keine Aufnahmegebühr     |

### Datenschutzerklärung (Pflichtfeld)

- Ich habe die Datenschutzklausel in der Satzung des HC Bad Homburg gelesen und bin damit einverstanden, dass mich der HC Bad Homburg per Email anschreibt. Ich erteile hiermit insbesondere die Einwilligung, dass im Rahmen der Vereinsaktivitäten Foto- und Filmaufnahmen von mir bzw. meinen Familienmitgliedern gemacht werden und diese Aufnahmen in diversen Medien (Print, sozialen Netzwerken, Internetauftritt, Presse) veröffentlicht werden dürfen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung bis zu diesem Zeitpunkt wird davon nicht berührt.

### Ich bin auf den Hockey-Club Bad Homburg aufmerksam geworden durch:

- |                                       |                                    |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> HCH-Homepage    | <input type="radio"/> Kindergarten |
| <input type="radio"/> Zeitung         | <input type="radio"/> Freunde      |
| <input type="radio"/> Plakate / Flyer | <input type="radio"/> _____        |
| <input type="radio"/> Schule          |                                    |

# HOCKEY-CLUB BAD HOMBURG

## SEPA-Lastschriftverfahren

Die Beiträge für die Mitgliedschaft im HCH buchen wir per SEPA-Lastschrift ab. Ihre laut Beitragsordnung fälligen Beiträge werden an den Einzugstagen (**jeweils der 3. Bankarbeitstag im Februar bzw. Juli**) per SEPA-Lastschrift eingezogen. Bitte füllen Sie dazu das SEPA-Lastschrift-Mandat aus.

The HCH membership fees are charged by SEPA Direct Debit. The amount due according to the HCH "Beitragsordnung" will be debited semi-annually on the 3rd bank working day in February and July. Please fill in the SEPA Direct Debit Mandate below.

### SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

**Hockey-Club Bad Homburg e. V.**

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

**Usinger Weg 90**

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

**61350 Bad Homburg**

Land / Country:

**Deutschland**

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

**DE95HCH00000218934**

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

**Entspricht Ihrer Mitgliedsnummer; diese ergänzt der HCH für Sie**

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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment  Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address\*

\* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen Bitte immer 22 Zeichen angeben

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.  
Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: