



**SCHWIMMVEREIN POSEIDON
CASTROP-RAUXEL 1957 e.V.**

POSTFACH 10 17 67, 44547 CASTROP-RAUXEL
Sparkasse Vest Recklinghausen; BLZ 426 501 50, Kto.-Nr. 30 040 794
IBAN: DE25426501500030040794, BIC: WELADED1REK

www.svposeidon.de

Stamm-Nr.

Wird vom Verein auszufüllen

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ männlich weiblich

PLZ / Wohnort _____

Straße / Haus-Nr. _____

Telefon (Festnetz) _____

E-Mail _____

die Aufnahme in den Schwimmverein Poseidon Castrop-Rauxel 1957 e. V.

Die **Aufnahmegebühr** beträgt einmalig 25,00 €.

Mitgliedsbeiträge: (werden vierteljährlich zu Beginn eines Quartals abgebucht)

Einzelbeitrag

Kinder bis 14 Jahre	9,00 €
Jugendliche zwischen 15 und 17 Jahren	9,00 €
Schüler, Studenten und Auszubildende bis 26 Jahre	9,00 €
Erwachsene ab 18 Jahre	12,00 €

Familienbeitrag (nur Kinder ohne eigenen Hausstand)

Eltern mit einem Kind	24,00 €
Eltern mit zwei und mehr Kindern	27,00 €
Alleinerziehende mit einem Kind	16,50 €
Alleinerziehende mit zwei und mehr Kindern	18,00 €

städtisches Nutzungsentgelt (pro Person/Jahr)

Kinder bis 17 Jahre	6,00 €
Erwachsene ab 18 Jahre	18,00 €

(Die zusätzliche Gebühr wird am 01.03. eines Jahres als Einmalbetrag abgebucht)

Kursgebühr für Schwimmanfänger (ist bei der Anmeldung sofort bar zu zahlen)

pro Kurs (je nach Kursdauer)	30,00 bzw. 35,00 €
------------------------------	--------------------

Ort, Datum, Unterschrift (bei minderjährigen Unterschrift eines gesetzl. Vertreters)



**SCHWIMMVEREIN POSEIDON
CASTROP-RAUXEL 1957 e.V.**

POSTFACH 10 17 67, 44547 CASTROP-RAUXEL
Sparkasse Vest Recklinghausen; BLZ 426 501 50, Kto.-Nr. 30 040 794
IBAN: DE25426501500030040794, BIC: WELADED1REK

www.svposeidon.de



SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE88ZZZ00000647606

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer (wird mit dem Mitgliedsausweis mitgeteilt)

Ich ermächtige den Schwimmverein Poseidon Castrop-Rauxel 1957 e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SV Poseidon Castrop-Rauxel 1957 e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Vorname und Nachname
des Kontoinhabers:

Straße u. Hausnummer:

PLZ und Wohnort:

IBAN/Kontonummer:

BIC/BLZ:

Bank:

Ort, Datum, Unterschrift