

詠  
春  
拳



## AUFNAHMEANTRAG

**Bonner Schule für Gesundheit, Selbstverteidigung und Waffenkunst e.V.**

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Mobil : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich möchte ab dem \_\_\_\_\_ in folgende Abteilung(en) aufgenommen werden

Gilde  Escrima

Tai Chi Chuan  Wing Tsun Chuan

Ming Shan Tao Qigong  Silat Suffian Bela Diri

als:  aktives Mitglied  passives/förderndes Mitglied oder Gastmitglied

Mit der Anmeldung stimme ich zu, dass meine persönlichen Daten für Vereinszwecke gespeichert werden.

Ich erkenne die Teilnahmebedingungen und die Satzung der Bonner Schule an. Satzungs-, Beitragordnung können in der Schule oder bei den Abteilungsleitungen eingesehen werden.  
Geschäftsstelle: Bonner Schule e.V., Rüterstr. 16, 53229 Bonn.

Da wir eine Kündigung erst dann akzeptieren können, wenn sie **schriftlich** in der **Geschäftsstelle** vorliegt, ist es zu empfehlen Kündigungen direkt an die Geschäftsstelle zu senden.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Teilnehmers  
(bei Minderjährigen der / des Erziehungsberechtigten)

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Bonner Schule e.V.**

**Rüsterstr. 16  
53229 Bonn**

**Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

**DE72ZZZ00000366885**

[Mandatsreferenz]

**Mitgliedernummer**

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

**Bonner Schule e.V.**

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

**Bonner Schule e.V.**

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)