



Automobil-Club Rübenach e.V. im ADAC

Rudi Wangard
Sendnicher Str. 26
56072 Koblenz

Antrag

Einzelmitgliedschaft

Mitgliedsbeitrag z.Zt. 25,- € jährlich
(für Jugendliche unter 18 Jahren ist keine Einzelmitgliedschaft möglich)

Familienmitgliedschaft

Mitgliedsbeitrag z.Zt. 40,- € jährlich für Mitglied, Ehegatte und 1. Kind, ab dem 2. Kind erhöht sich der Beitrag um jeweils 10,- € für aktive, bzw. 5,- € für inaktive Mitglieder

(+ einmalige Aufnahme- und Bearbeitungsgebühr von 10,- €)

Hiermit beantrage ich für folgende Personen die Mitgliedschaft im Automobil-Club Rübenach e.V. im ADAC

Name: (Antragsteller)	Vorname:	Beruf:	Geburtsdatum:
Name: (Ehegatte)	Vorname:	Beruf:	Geburtsdatum:
Name: (1. Kind)	Vorname:	Beruf:	Geburtsdatum:
Name: (2. Kind)	Vorname:	Beruf:	Geburtsdatum:
Name: (3. Kind)	Vorname:	Beruf:	Geburtsdatum:
Straße:		Postleitzahl / Wohnort:	
ADAC Mitgliedsnummer:	Telefon:	Telefon Mobil:	email:

Bitte nur ein Antrag auf Familienmitgliedschaft ausfüllen:

Besteht bereits eine Einzelmitgliedschaft im AC Rübenach? Nein Ja = (Bitte Angaben zum Erstmitglied)

Name:	Vorname:
-------	----------

Hiermit erklären die Antragsteller sich damit einverstanden, den AC Rübenach e.V. im ADAC bei seinen Vereinsaktivitäten (z.B. Motorsportveranstaltungen, Präsentationen) aktiv zu unterstützen und die Vereinsinteressen zu wahren. Grundlage der Mitgliedschaft bilden die Satzung des AC Rübenach e.V. im ADAC. Die Mitgliedschaft im ADAC Mittelrhein ist eine Grundvoraussetzung. Die Mitgliedschaft kann von den Antragstellern oder vom Vorstand des AC-Rübenach e.V. im ADAC fristgerecht schriftlich gekündigt werden.

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE78ACR0000466299

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Automobilclub Rübenach e.V. im ADAC, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Automobilclub Rübenach e.V. im ADAC 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 Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

_____|_____|_____|_____|_____|_____
IBAN

Datum

Ort

Unterschrift

Bitte nicht ausfüllen, wird vom Vorstand ausgef llt:

Besondere Vermerke:

Der Antrag wurde angenommen

Der Antrag wurde abgelehnt

Die Mitgliedschaft beginnt am _____
Datum

Datum

Ort

Unterschrift des Vorstands