

Beitrittserklärung

Ich/Wir bitte(n) Sie hiermit, mich/uns mit Wirkung vom als Mitglied/(er) aufzunehmen.

Mit meinem/unserem Beitritt erkenne(n) wir gleichzeitig die Satzung des Vereins an.

(Die Satzung kann auf der Homepage des MSC Dr. Carl Benz www.msc-ladenburg.de eingesehen werden)

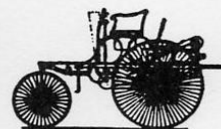
Ort, Datum		Unterschrift	
<input type="checkbox"/> Einzelmitgliedschaft	35,00 €	<input type="checkbox"/> Familienmitgliedschaft	40,00 €

Persönliche Angaben

Vorname:	-----	Vorname:	-----
Nachname:	-----	Nachname:	-----
Straße u. Nr.:	-----	Straße u. Nr.:	-----
PLZ / Wohnort:	-----	PLZ / Wohnort:	-----
Geburtsdatum:	-----	Geburtsdatum:	-----
Telefon:	-----	Telefon:	-----
E-Mail:	-----	E-Mail:	-----
Mitglied ADAC seit:	-----	Mitglied ADAC seit:	-----
ADAC Mitglied Nr.:	-----	ADAC Mitglied Nr.:	-----

Auf der Rückseite (Seite 2) bitte die Angaben für die Kinder und das SEPA-Lastschriftmandat eintragen.

**Motorsportclub
Dr. Carl Benz e.V., Ladenburg
im ADAC**



1. Kind

Vorname:

Nachname:

Straße u. Nr.:

PLZ / Wohnort:

Geburtsdatum:

E-Mail:

ADAC – Drive Mitgliedschaft

Ja Nein

Mitglied Nr.:

2. Kind

Vorname:

Nachname:

Straße u. Nr.:

PLZ / Wohnort:

Geburtsdatum:

E-Mail:

ADAC – Drive Mitgliedschaft

Ja Nein

Mitglied Nr.:

Zahlungsweise:

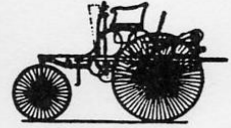
- SEPA-Lastschriftmandat**

Die Zahlung des Mitgliedbeitrages erfolgt per SEPA-Lastschrift.

Ein separates SEPA-Lastschriftmandat liegt vor.

Füllen hierzu bitte das beiliegende SEPA-Lastschriftmandat aus und fügen Sie dieses bitte dem Mitgliedsantrag bei.

Anlage: SEPA-Lastschriftmandat



SEPA-Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Motorsportclub Dr. Carl Benz Ladenburg

Kirchenstraße 7

68526 Ladenburg

Gläubiger-Identifikationsnummer DE77ZZZ00001313127

Mandatsreferenz

Ich/Wir ermächtige(n) den Motorsportclub Dr. Carl Benz Ladenburg im ADAC e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem Motorsportclub Dr. Carl Benz Ladenburg im ADAC 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 (Vorname, Name) _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Land _____

Kreditinstitut _____

IBAN DE _____

BIC _____

Ort, Datum

Unterschrift(en)