



AIKIDOFÖDERATIONDEUTSCHLAND

**Aikido Föderation Deutschland
Sekretariat der Geschäftsstelle:**

Brigitte Scholz
Weidkoppel 76
D- 22179 Hamburg
Tel.: 040- 692 138 15
Fax: 040- 696 438 98
sekretariat@aikido-foederation.de

Antrag auf

- Neuaufnahme und Ausstellung eines Passes
- Wiederaufnahme und Ausstellung eines Passes
- Wiederaufnahme; Pass liegt vor
- Zweitausstellung eines Passes; alter Pass verloren

bitte beifügen:

- (2 Passbilder)
- (2 Passbilder)
- (Original oder Kopie des Passes)
- (1 Passbild)

Vorname: _____

Nachname: _____

Strasse: _____

PLZ, Wohnort: _____

Tel.-Nr.: _____

Nationalität: _____

geb. am: _____

E-Mail: _____

Trainingsgemeinschaft (unbedingt angeben): _____

Ich habe folgende Bestimmungen zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden:

1. Jeden Wechsel meines Wohnsitzes oder meiner Bankverbindung muss ich schriftlich der Geschäftsstelle mitteilen.
2. Der Jahresbeitrag einschl. Versicherung ist stets unaufgefordert im Voraus zu zahlen, bzw. wird bei erteilter Einzugsermächtigung vom Konto abgebucht.
3. Der Austritt kann nur schriftlich erfolgen. Er muss spätestens 6 Wochen vor Ende des Kalenderjahres erklärt worden sein. Ein Austritt aus einer Trainingsgemeinschaft bedeutet nicht den Austritt aus der Aikido Föderation Deutschland.
4. Ohne Beitragszahlung (ohne Jahresmarke) verfällt meine Mitgliedschaft im Verband.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Aikido Föderation Deutschland zum 01.01. _____ (Jahr)

Datum: _____ Unterschrift: _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: _____

(Bei Jugendlichen unter 18 Jahren)

Einzugsermächtigung

Hiermit bevollmächtige ich die Aikido Föderation Deutschland die von mir zu entrichtenden Beiträge (z. Zt. 25,00 EURO) bei Fälligkeit zu Lasten meines unten angegebenen Kontos einzuziehen. Bei der ersten Abbuchung wird einmalig der Passbeitrag von 7,50 EURO mit abgebucht. Auch nach telefonischer Mitteilung einer geänderten Bankverbindung behält die gegebene Einzugsermächtigung ihre Gültigkeit. Bei Rückbelastung gehen die anfallenden Gebühren zu meinen Lasten.

Für den Fall einer durch die Mitgliederversammlung beschlossenen Beitragserhöhung erkläre ich mich mit der Abbuchung des neuen Beitrags einverstanden. Diese Einzugsermächtigung ist jederzeit widerrufbar.

Beitrag für:
(Vorname, Name): _____

Kontoinhaber: _____ BLZ: _____

Bank/ Sparkasse: _____ Konto-Nr. _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bankkonten:

Postbank Frankfurt (BLZ 500 100 60) Konto-Nr. 218 80- 604