



Aufnahmeantrag zum ____ . ____ . ____

Mitglieds-Nr.: _____

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Golf-Club Oberneuland e.V. (GCO) zu oben genanntem Datum. Die Satzung und die Aufnahmebedingungen erkenne ich hiermit für mich als verbindlich an. Bei monatlichen Ratenzahlungen wird eine zusätzliche Kostenpauschale von 20,00 EUR pro Jahr berechnet, die mit der letzten Ratenzahlung eingezogen wird.

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

bisher Mitglied im Golfclub: _____

Hcp: _____

Ich wurde auf den Golf-Club Oberneuland aufmerksam durch

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Freunde und Bekannte | <input type="radio"/> Werbung im öffentlichen Bereich |
| <input type="radio"/> GCO Website | <input type="radio"/> Hinweise anderer Golfer |
| <input type="radio"/> Facebook / Youtube / Instagram | <input type="radio"/> anderes: _____ |

Ich beantrage folgende Mitgliedschaft:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Vollmitglied* | <input type="radio"/> Zweitmitglied* | <input type="radio"/> Firmenmitgliedschaft* |
| <input type="radio"/> Jugendmitglied | <input type="radio"/> Jahresmitglied* | <input type="radio"/> Cart-Mitgliedschaft* |
| <input type="radio"/> Abendmitgliedschaft U60 | <input type="radio"/> Förder-/Passivmitglied | <input type="radio"/> Sportförder-Mitgliedschaft |
| <input type="radio"/> Neumitglieder-Aktion für Vollmitglieder andere Vereine* | | <input type="radio"/> Schnuppermitgliedschaft |

(*) bitte wählen: Ich wünsche folgende Zahlungsweise: jährlich monatlich

Ich möchte den GCO Newsletter erhalten: Gerne Nein, danke.

Meine Daten werden im clubinternen Informationssystem gespeichert. OK

SEPA- Lastschriftmandat

Gläubiger – Identifikationsnummer: DE46GCO00000610823 Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige den Golf-Club Oberneuland e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Golf-Club Oberneuland 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 Zahlungen.

IBAN: _____

BIC: _____

Geldinstitut: _____ Kontoinhaber: _____

Unterschrift: _____