

Anmeldung zur Mitgliedschaft im Boxzentrum Münster e.V.

Schiffahrter Damm 319, 48157 Münster

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ **Wohnort:** _____

Männlich/weiblich: _____ **Geburtsdatum:** _____

Nationalität: _____

Telefon: _____ **e-mail:** _____

(bei Minderjährigen) Telefon eines Elternteils: _____

Unser Mitgliedsbeitrag ist **30€ pro Monat für Erwachsene und 20€ pro Monat für Schüler, Auszubildende und Studenten**. Der Betrag wird vierteljährlich vom Boxzentrum per Lastschrift eingezogen. Sollte das Konto nicht gedeckt sein oder wir aus einem anderen Grund eine Rücklastschrift erhalten, berechnet das Boxzentrum dafür 10€ Gebühren. Kündigungen sind zum Quartalsende möglich.(siehe angehängtes SEPA Formular)

Schüler, Auszubildende und Studenten reichen eine Schul- oder Studienbescheinigung ein, um den verminderten Beitrag zu erhalten.

Mit der Unterschrift dieses Antrags wird auch die beigefügte Datenschutzregelung des Boxzentrum Münster e.V. akzeptiert.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Boxzentrum Münster e.V.

Münster, den _____

(Unterschrift des Antragstellers)

(bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)