



## Aufnahmeantrag

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Straße/Nr. : \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

**Beitrittsdatum:** \_\_\_\_\_

Beiträge werden bei Eintritt und in den folgenden Jahren zum 1. Januar eingezogen.

**Jährliche Beitragssätze:**

Erwachsene	40 €
Zweitmitglied	30 €
Kinder (bis 18 J.), Schüler, Studenten, Behinderte	25 €
Familien (Kinder bis 18 J.)	80 €

Zweitmitglied/Familienmitglied: Name, Geburtsdatum, Email, Telefon/Mobil

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Mein/e Kind/er ist/sind ab dem 14. Lebensjahr stimmberechtigt: Ja Nein

Zum Zwecke der Vereinsverwaltung werden Daten extern ausgelagert.

**Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des iRSF an.**

**X**

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum Unterschrift** (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

**Einzugsermächtigung**

Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

Name des Kreditinstitutes: \_\_\_\_\_

Konto-Nr./Bankleitzahl: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**X**

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum Unterschrift** (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)