



# Flugmodell-Sportclub Dingolfing e. V.

Landshuter Straße 55 / 84130 Dingolfing / Tel. (08731) 73817  
 Bankverbindung: Spk. Niederbayern-Mitte BIC: BYLADEM1SRG IBAN: DE4874250000100036664

## Aufnahme – Antrag

(Bitte an Kassier schicken: Werner Geier, Kreutfeld 28, 84177 Gottfrieding)

Ich beantrage hiermit meine Aufnahme in den Flugmodell-Sportclub Dingolfing e. V.

- als passives Mitglied  
 als aktives Mitglied

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

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

DMFV Versicherungs Nr. \_\_\_\_\_

### Aufnahmegebühren und Beiträge

	Vollerwerbsfähige	Ermäßigt	Rentner	Kinder
<b>Aktive Mitgliedschaft</b>				
Aufnahmegebühr für aktive Mitgliedschaft	150,00€	75,00€	75,00€	0,00€
Jahresbeitrag Verein	65,00€	50,00€	50,00€	25,00€
Versicherung	17,44€	17,44€	17,44€	17,44€
Jahresbeitrag DMFV	42,00€	12,00€	42,00€	12,00€
<b>Passive Mitgliedschaft</b>				
Jahresbeitrag Verein	20,00€	20,00€	20,00€	20,00€

- Die Aufnahmegebühr für den DMFV (Deutscher Modellfliegerverband) wird vom Verein übernommen!
- Ermäßigter Beitrag gilt für: Jugendliche von 16-18 Jahre, Wehrdienstleistende, Studenten und Auszubildende bis max. 25 Jahre.
- Der ermäßigte Beitrag ist **jährlich** für das jeweilige Folgejahr **schriftlich** zum 01.09. beim Kassier zu beantragen!
- Aus organisatorischen Gründen können die Gebühren und Beiträge nur per SEPA-Lastschrift erhoben werden
- Mit der Unterschrift bestätige ich die Aufstiegserlaubnis/ Flugordnung/ Satzung gelesen und verstanden zu haben.

**Kündigung und Umstellung aktiv<>passiv:** Jährlich zum 01.09. mit Wirkung ab nächsten 01.01.

### Satzung erhalten am:

#### SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: FMSC DGF e.V. Gläubiger-Identifikationsnummer: DE09ZZZ00001230931 Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber) Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift (falls abweichend) \_\_\_\_\_

IBAN des Zahlungspflichtigen \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
 (Ort) (Datum) (Unterschrift)