

# Sportschule Yuishinkan Ibbenbüren e.V.

## KARATE-DO

Mitglied in: Karate-Dachverband NRW · Westfälischer Turnerbund  
KreisSportBund Steinfurt · StadtSportVerband Ibbenbüren

Kirchensch 16, 49477 Ibbenbüren · [www.karate-ibbenbueren.de](http://www.karate-ibbenbueren.de)

Sportschule Yuishinkan e.V.  
Herrn Jürgen Kopitzki  
Kirchensch 16  
49477 Ibbenbüren

### Monatliche Beitragssätze (Stand 01.10.2019)

- |   |         |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> Erwachsene (ab 18 J.)            | 22,00 € |
| <input type="checkbox"/> Jugendliche, Azubis, Studierende | 18,00 € |
| <input type="checkbox"/> Kinder (bis 13 J.),              | 15,00 € |
| <input type="checkbox"/> Familienbeitrag                  | 35,00 € |
| <input type="checkbox"/> Passivmitgliedschaft             | 5,00 €  |

### Aufnahmegebühr (Stand 01.10.2019)

- |  |         |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Erwachsene, Jugendliche | 20,00 € |
| <input type="checkbox"/> Kinder (bis 13 J.)      | 15,00 € |

### Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich unter Anerkennung der Vereinssatzung die Mitgliedschaft  
in der Sportschule Yuishinkan Ibbenbüren e.V.  aktiv  passiv

Nachname: ..... Vorname: .....

Straße und Hausnummer: .....

PLZ und Wohnort: .....

Tel.-Nr.: ..... E-Mail: .....

Geburtsdatum: ..... Beruf: .....  
(Angabe freiwillig)

Ibbenbüren, den ..... Unterschrift .....  
(bei Minderjährigen der/die gesetzliche Vertreter/in)

### Rückmeldung für unsere Öffentlichkeitsarbeit

Ich bin auf den Verein aufmerksam geworden durch .....  
(z. B. Bekannte, Familie, Zeitung, Internet, Vorbeifahren, Sportamt, etc.)

### SEPA-Lastschriftmandat (Gläubiger-Identifikations-Nr. DE29YUI00001218737)

Ich ermächtige die Sportschule Yuishinkan Ibbenbüren e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Sportschule Yuishinkan Ibbenbüren e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Einzug erfolgt am 10. eines jeden Kalendermonats.

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.

Nachname und Vorname des Kontoinhabers: .....

Name der Bank: .....

IBAN: ..... BIC: .....

Ibbenbüren, den ..... Unterschrift .....

Vorsitzender:  
Jürgen Kopitzki  
Tel. 01708358153

Bankverbindung:  
Kreissparkasse Steinfurt  
BLZ 403 510 60  
Konto-Nr. 733 20

Sitz des Vereins:  
Ibbenbüren  
Vereinsregister Steinfurt  
Nr. 10648