

# AUFNAHMESCHEIN



Betriebssportgemeinschaft Mittelbayerischer Verlag e.V.  
Kumpfmühler Straße 15, 93047 Regensburg (gegr. 1960)

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei der Betriebssportgemeinschaft Mittelbayerischer Verlag e.V.:

Herr  Frau Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

monatlicher Mitgliedsbeitrag: 4,00 €

Mitarbeiter MZ:  ja  nein

Die Dauer der Mitgliedschaft beträgt mindestens ein Jahr.  
Eine Kündigung ist schriftlich an die Vorstandschaft zu richten.

## Sparten:

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Badminton | <input type="checkbox"/> Linedance        |
| <input type="checkbox"/> Bowling   | <input type="checkbox"/> Tennis           |
| <input type="checkbox"/> Fußball   | <input type="checkbox"/> Tischtennis      |
| <input type="checkbox"/> Golf      | <input type="checkbox"/> Volleyball       |
| <input type="checkbox"/> Kegeln    | <input type="checkbox"/> Yoga             |
|                                    | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

## Kontakt:

BSGMZ@mittelbayerische.de  
[www.bsg-mittelbayerische.de](http://www.bsg-mittelbayerische.de)

## Weitere Leistungen:

Jahreskarten Westbad, Kanu-Verleih, Fahrten (z.B. Ski) usw.

Ort, Datum

Unterschrift (des Antragstellers bzw. des gesetzlichen Vertreters)

**„Nur für Nicht-Festangestellte des Mittelbayerischen Verlages“:**

## Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats (Einzugsermächtigung)

### Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

BSG Mittelbayerischer Verlag e.V., Kumpfmühler Straße 15, 93047 Regensburg

### Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE57ZZZ00000468229

**Mandatsreferenz** (wir vom Zahlungsempfänger ausgefüllt): \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige ich die **BSG Mittelbayerischer Verlag e.V. Regensburg**, wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der **BSG Mittelbayerischer Verlag e.V. Regensburg** 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.

Beitragszahlung:  4,00 € monatlich  12,00 Euro ¼ jährlich  24,00 € ½ jährlich  48,00 € jährlich

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
Anschrift Kto.-Inhaber, falls abweichend vom Antrag

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Name Kreditinstitut:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers