

# Ostsee Segler Gemeinschaft e.V.

Geschäftsstelle: Gaußstr. 15 | 22765 Hamburg

Infotelefon: 0176 4207 4205

geschaeftsstelle@osgev.de



## Mitgliedsantrag

Ich beantrage die Aufnahme in die Ostsee Segler Gemeinschaft e.V. (OSG e.V.) als Vollmitglied. Der Eintritt erfolgt zum 1. des Monats, wenn der Antrag bis zum 15. des Vormonats vorliegt. Bei späterem Vorliegen, beginnt die Mitgliedschaft zum 1. des Folgemonats oder nach Absprache. Die Mitgliedschaft gilt für die Dauer von 12 Monaten und kann jeweils zum 30. April eines Jahres mit einer dreimonatigen Kündigungsfrist beendet werden. Die Satzung in ihrer jeweils gültigen Fassung der OSG e.V. (zu finden unter [www.osgev.de](http://www.osgev.de)) habe ich gelesen und erkenne sie an. Ich weiß, dass pro Mitgliedsjahr 12 Arbeitsstunden zu leisten - oder finanziell abzugelten sind.

Name	Vorname	Geb.-Datum
Straße/Nr.	PLZ/Ort	Beruf
E-Mail	Festnetz	Mobil

Meine Mitgliedsbeiträge – bemessen nach der jeweils gültigen Beitragsordnung- zahle ich monatlich im voraus per Lastschriftverfahren. Die Ermächtigung dazu erteile ich mit einer zweiten Unterschrift im unteren Abschnitt dieses Antrages. Dies soll auch gelten für den einmaligen Einzug des Aufnahmebeitrages.

Ort, Datum:	Unterschrift		
	<b>Beitragsordnung</b>	<b>Aufnahmebeitrag (einmalig)</b>	<b>Mitgliedsbeitrag (monatlich/jährlich )</b>
	Erwachsene, Einzelmitgliedschaft	160,00 €	25,00 € / 300,00 €
	Paare, Familie mit Kindern, Familienmitgliedschaft	240,00 €	37,50 € / 450,00 €
	Jugendliche (14-18 Jahre)	60,00 €	11,00 € / 132,00 €
	Kinder (unter 14 Jahre)	16,00 €	5,00 € / 60,00 €
	Fördernde Mitglieder (nicht aktiv segelnde Mitglieder)	00,00 €	10,00 € / 120,00 €

## Einzugsermächtigung für Lastschriften

Ich ermächtige die Ostsee Segler Gemeinschaft e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ostsee Segler Gemeinschaft e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

**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.

Kreditinstitut (Name)	BIC	IBAN
-----------------------	-----	------

Vorname, Nachname (Kontoinhaber)

Straße/Nr. (falls abweichend vom Antragsteller)	PLZ/Ort
---	---------

Ort, Datum:	Unterschrift Kontoinhaber:
-------------	----------------------------