

Golfclub Insel Wangerooge e. V.



An den Vorstand
des Golfclub Insel Wangerooge e.V.
Jadehörn 17
26486 Wangerooge

Antrag auf Mitgliedschaft

Name

Vorname

Geb.-Datum

Telefon

E-Mail

Mobile

Adresse Wangerooge

Heimatadresse Postleitzahl, Ort

Straße

Straße

Ort / Datum

Unterschrift
(bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter)

Ich erkenne die Satzung und die derzeit gültige Beitragsordnung (04/2017) an.

Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass o.g. Daten in der Vereins-EDV gespeichert und Name, Vorname, Anschrift und Telefonnummer auf Anfrage jedem Mitglied bekannt gegeben werden dürfen.

1. Sind Sie bereits Mitglied in einem anderen Golfclub? Wenn ja, in welchem? _____
2. Haben Sie bereits eine Stammvorgabe? Wenn ja, in welcher Höhe? _____ DGV-Ausweis Nr.: _____
3. Vorgabeführung durch Heimatclub GC Insel Wangerooge

Ich beantrage:

- | | Jahresbeitrag: |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vollmitgliedschaft mit erstem Wohnsitz auf Wangerooge | € 150* |
| <input type="checkbox"/> Vollmitgliedschaft mit auswärtigem Wohnsitz | € 350* und
€ 200 Aufnahme |
| <input type="checkbox"/> Vollmitgliedschaft für Paare mit auswärtigem Wohnsitz | € 600* und
€ 300 Aufnahme |
| <input type="checkbox"/> Zweitmitgliedschaft | € 150* |
| <input type="checkbox"/> Juniorenmitgliedschaft (ab dem 21. Lebensjahr bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres) | € 50* |

* zzgl. der aktuellen Verbandsabgaben z.Z. € 30,00

- | | |
|---|------|
| <input type="checkbox"/> Juniorenmitgliedschaft (bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres) | € 25 |
| <input type="checkbox"/> Passive Mitgliedschaft (ohne Spielberechtigung) | € 50 |



SEPA-Lastschriftmandat

Wiederkehrende Lastschriften

Lastschrifteinreicher: GC Insel Wangerooge e.V.

Gläubiger-Id-Nummer: DE 83 ZZZ 00000442735

Mandatsreferenz: _____ **lfd. Mitglieds-Nr.** _____

Ich ermächtige den GC Insel Wangerooge e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger:

Vorname u. Name des Kontoinhabers: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Kreditinstitut: _____ **BIC** _____

IBAN: DE / / / / /
2 stellig Bankleitzahl und Kontonummer

Datum Ort, Unterschrift _____

Bankverbindung: Volksbank Jever
IBAN-NR. DE 37 2826 2254 6080 5520 00
BIC-SWIFT-CODE: GENODEF1JEV
STEUER-NR. 70/220/01724
Stand: 01 / 2025