

Familienname	Vorname	weibl.	männl.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Postleitzahl	Wohnort	Geburtsstag	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße	Haus-Nr.	Eintrittsdatum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Staatsangehörigkeit: <input type="text"/>			

Tel.:	Mobil:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail: <input type="text"/>	

- |                                      |  |                                     |   |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ballett     | <input type="checkbox"/> Baseball / Softball | <input type="checkbox"/> Basketball | <input type="checkbox"/> Fitness + Gesundheitssport |
| <input type="checkbox"/> Frisbee     | <input type="checkbox"/> Handball            | <input type="checkbox"/> Karate     | <input type="checkbox"/> Kindersport                |
| <input type="checkbox"/> Tischtennis | <input type="checkbox"/> Volleyball          | <input type="checkbox"/> Passiv     | <input type="checkbox"/>                            |

Leichtathletik: Ich möchte in folgende Gruppe aufgenommen werden:

Gr.1 über 18 Jahre ohne Startpass

Gr.2 Jugend W/M13 und jünger sowie Senioren/innen mit Startpass

Gr.3 Jugend U16 / U18 / U20 und Studenten mit Startpass

Gr.4 Männer/Frauen mit Startpass

→  Ich bestätige, daß ich die Aufnahmebedingungen des ART zur Kenntnis genommen habe.

### SEPA-Lastschriftmandat

Der ART Düsseldorf, Gläubiger-ID DE51ZZZ00000087903, Bankverbindung DE 26 3005 0110 1004 5798 58 bei der Stadtparkasse Düsseldorf wird widerruflich ermächtigt, die zu zahlenden Beiträge zu Lasten des nachfolgend angegebenen Kontos einzuziehen. Das genannte Kreditinstitut wird angewiesen, diese Lastschrift einzulösen. Die Mandatsreferenz ist die Mitgliedsnummer.

Die Abbuchung erfolgt:  jährlich (im Februar)  
 halbjährlich (im Februar + Juli)

Name, Vorname des Kontoinhabers:	<input type="text"/>
Kreditinstitut - Name :	<input type="text"/>
I B A N :	DE _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _

Düsseldorf, den \_\_\_\_\_

Unterschrift/en -- bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters

