



MOTORSPORT-CLUB SCHOPFHEIM E.V.
im ADAC
Karlstrasse 5
79650 Schopfheim
Tel.: 07622 / 7090
www.mscschopfheim.de



Eintrag Mitglieder-Datei

erledigt am _____

Name: _____

Aufnahmeantrag / Familien- o. Partner-Mitgliedschaft

Mitgliedschaft ab: _____

Person 1

Name: _____

Vorname: _____

Strasse, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Beruf: _____

Geburtsdatum: _____

Familienstand: _____

Telefon / Fax: Tel.: _____ Fax: _____

ADAC Mitgliedschaft: ☐ **Nein** ☐ **Ja** Mitglieds-Nr.: _____

Person 2

Name: _____

Vorname: _____

Strasse, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Beruf: _____

Geburtsdatum: _____

Familienstand: _____

Telefon / Fax: Tel.: _____ Fax: _____

ADAC Mitgliedschaft: ☐ **Nein** ☐ **Ja** Mitglieds-Nr.: _____



MOTORSPORT-CLUB SCHOPFHEIM E.V.
im ADAC
Karlstrasse 5
79650 Schopfheim
Tel.: 07622 / 7090
www.mscschopfheim.de



Kind 1

Name: _____ Vorname: _____

Geb. Datum: _____ Anschrift: _____

ADAC Mitgliedschaft: ☐ **Nein** ☐ **Ja** Mitglieds-Nr.: _____

Kind 2

Name: _____ Vorname: _____

Geb. Datum: _____ Anschrift: _____

ADAC Mitgliedschaft: ☐ **Nein** ☐ **Ja** Mitglieds-Nr.: _____

Kind 3

Name: _____ Vorname: _____

Geb. Datum: _____ Anschrift: _____

ADAC Mitgliedschaft: ☐ **Nein** ☐ **Ja** Mitglieds-Nr.: _____

Kind 4

Name: _____ Vorname: _____

Geb. Datum: _____ Anschrift: _____

ADAC Mitgliedschaft: ☐ **Nein** ☐ **Ja** Mitglieds-Nr.: _____

Den Jahresbeitrag in Höhe von € 28 für das Jahr _____ habe ich heute, am _____
bei _____ in bar bezahlt.

Ebenfalls in bar bezahlt habe ich die Trainingsversicherung (für das 1. Jahr) in Höhe von:
☐ € 40 (ab 18 Jahre) ☐ € 20 (Jugend bis 18 Jahre)

Ich bin damit einverstanden und erkläre hiermit bis auf Widerruf, dass der Jahresbeitrag in
Zukunft von meinem Bankkonto abgebucht wird.

Institut Kontonummer Bankleitzahl

Datum: _____ Unterschrift AntragstellerIn/KontoinhaberIn: _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte: _____

----- ✂ -----
Quittung

Ich bestätige hiermit von _____ € 28 Jahresbeitrag,
sowie ☐ € 40 / ☐ € 20 Trainingsversicherung für das Jahr _____ erhalten zu haben.

Datum: _____ Name: _____ Unterschrift: _____