



Renngemeinschaft Bergisch Gladbach  
e.V. im ADAC  
Oberheide 9

51429 Bergisch Gladbach

Renngemeinschaft  
Bergisch Gladbach e.V.  
Postfach 20 07 87  
51437 Bergisch Gladbach

Telefon: 0 22 07 / 70 49 89  
Internet: [www.rgb-ev.de](http://www.rgb-ev.de)  
E-Mail: [info@rgb-ev.de](mailto:info@rgb-ev.de)

## Aufnahmeantrag

Datum: \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der  
„**Renngemeinschaft Bergisch Gladbach**“ und erkenne die Satzung an.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geboren: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

ADAC Mitglied:  ja  nein Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Mitgliedschaft:  aktiv  passiv \_\_\_\_\_

Wenn aktiv, welche Art von Motorsport möchten Sie betreiben?: \_\_\_\_\_

Lizenz Nummer:  national  international \_\_\_\_\_

Bergisch Gladbach, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

### **Beitragsordnung ab 01.01.2022**

Jugendliche, Schüler und Auszubildende  
bis zu einem Alter von 24 Jahren **35,00 Euro** jährl.

Erwachsene **70,00 Euro** jährl

Partnertarif / **30,00 Euro** jährl

*Name des Partners*

**Beitragszahlung:** Jährlich im Voraus zum (zum 01.02. des laufenden Jahres)

# SEPA - Lastschriftmandat

**RGB**  
RENNGEMEINSCHAFT BERGISCH GLADBACH



**Gläubiger - Identifikationsnummer:**

DE19ZZZ00001980561

Renngemeinschaft

Bergisch Gladbach e.V.

Postfach 20 07 87

51437 Bergisch Gladbach

**Mandatsreferenz:**

Wird vom der Renngemeinschaft separat mitgeteilt

Telefon: 0 22 07 / 70 49 89

Internet: [www.rgb-ev.de](http://www.rgb-ev.de)

E-Mail: [info@rgb-ev.de](mailto:info@rgb-ev.de)

Datum: \_\_\_\_\_

**Mitglied:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Renngemeinschaft Bergisch Gladbach e.V. im ADAC, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Renngemeinschaft Bergisch Gladbach e.V. im ADAC 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.

**Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kontoinhabers

**IBAN:**

**BIC:**

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

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