

**SPIELGEMEINSCHAFT BOLTER TEAM**  
**www.bolter-team.at**

## Beitrittserklärung

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Nick: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ.: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

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

Email Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Ich spiele bzw. Interessiere mich für (zutreffendes bitte ankreuzen)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rollenspiel             | <input type="checkbox"/> D&D Miniatures       | <input type="checkbox"/> Vampire TCG          |
| <input type="checkbox"/> Live Rollenspiel (LARP) | <input type="checkbox"/> Star Wars Miniatures | <input type="checkbox"/> Magic: The Gathering |
| <input type="checkbox"/> Warhammer               | <input type="checkbox"/> MageKnight           | <input type="checkbox"/> Star Trek CCG        |
| <input type="checkbox"/> Confrontation           | <input type="checkbox"/> MW:Dark Age          |   |

Andere: \_\_\_\_\_

Ich bin:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> MK Warlord             | <input type="checkbox"/> LotR Rider of Rohan      |
| <input type="checkbox"/> ST Ambassador          | <input type="checkbox"/> LotR Tournament Director |
| <input type="checkbox"/> ST Tournament Director | <input type="checkbox"/> Magic Judge Level ____   |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____          |   |

Ich möchte ein Vollmitglied der Spielgemeinschaft Bolter Team werden.

Bedingungen

1. Die Zahlungsverpflichtung des Mitgliedes erfolgt unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme der Vereinsleistungen.
2. Anschrifts- oder Namensänderungen sind dem Verein bekanntzugeben.
3. Der Mitgliedsbeitrag ist erstmalig mit dem Eintrittsdatum danach immer im vorhinein für das nächste Jahr zu bezahlen.
4. Die Mitgliedschaft ist nicht übertragbar.
5. Gerichtsstand und Erfüllungsort ist Linz.
6. Mündliche Nebenabreden sind ungültig.
7. Die Vereinsstatuten (nachzulesen unter [www.bolter-team.at](http://www.bolter-team.at)) nehme ich hiermit zur Kenntnis.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

(bei Minderjährigkeit Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)