

Aufnahme-Antrag



Ich beantrage hiermit die Aufnahme in den Sportverein 1945 Annerod e.V. für folgende Abteilung:

Fußball () Gymnastik () Handball () Tischtennis () Judo ()

als

passives Einzelmitglied () aktives Einzelmitglied () Familienmitgliedschaft ()

(Schüler und Jugendliche bis 18 Jahre zahlen 30,00€ pro Jahr / passive 32,00€ pro Jahr / aktive 40,00€ pro Jahr / Familien 66,00€ pro Jahr)

Name: _____ Vorname: _____

Straße & Hausnummer.: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Email: _____

Bei Familienmitgliedschaft bitte hier weitere Familienmitglieder eintragen.

2. Familienmitglied Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Fußball () Gymnastik () Handball () Tischtennis () Judo ()

3. Familienmitglied Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Fußball () Gymnastik () Handball () Tischtennis () Judo ()

4. Familienmitglied Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Fußball () Gymnastik () Handball () Tischtennis () Judo ()

5. Familienmitglied Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Fußball () Gymnastik () Handball () Tischtennis () Judo ()

Ich nehme die Satzung des Sportvereins 1945 Annerod e.V., eingetragen unter Nr. VN 970 in das Vereinsregister des Amtsgerichtes Gießen, zustimmend zur Kenntnis.

Fernwald, _____

Unterschrift: _____
(bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Sportverein 1945 Annerod e.V. .

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Südhang 15

Postleitzahl und Ort:

35463 Fernwald

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE52ZZZ00000084296

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Zahlungsfälligkeiten:

Der Mitgliedsbeitrag wird abhängig von Beitrittszeitpunkt und Bearbeitungszeit des Antrags erstmalig am 01.04. oder am 01.11. des Jahres (bzw. dem darauf folgenden Werktag) per SEPA-Lastschrift eingezogen.

Alle folgenden Mitgliedsbeiträge werden jährlich am 01.04. des Jahres (bzw. dem darauf folgenden Werktag) per SEPA-Lastschrift eingezogen.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

Ort:**Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**