

Aufnahmeantrag



Mitgliedsnummer: _____ (wird vom Verein erteilt)

Ich beantrage die Mitgliedschaft bei den Sportfreunden Ursulapoppenricht 1974 e. V.

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

geboren am: _____

Telefonnr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Eintrittsdatum: _____

Jahresbeitrag

- | | |
|---|------------|
| <input type="checkbox"/> Kinder bis 14 Jahre | 30,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Jugendliche 15 – 18 Jahre | 35,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Azubis, Schüler, Studenten 18 – 27 Jahre | 35,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Herren | 50,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Damen | 35,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Familienbeitrag, Eltern mit mind. 1 Kind | 90,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Ehepartnerbeitrag | 75,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Rentner | 35,00 Euro |

Der Beitrag wird jährlich zum 1. März oder – falls dieser auf ein Wochenende bzw. einen Feiertag fallen sollte – dem darauf folgenden Bankarbeitstag von o.g. Konto abgebucht. Die Beitragshöhe ergibt sich altersabhängig aus der jeweils gültigen Beitragsordnung. Über von o.g. Terminen oder Beträgen abweichende Kontobelastungen werde ich mindestens 30 Tage vor Fälligkeit informiert. Dies kann bei individuellen Änderungen mündlich, bei generellen Änderungen durch Aushang im Vereinsheim oder anderweitige Veröffentlichung (Presse, Homepage usw.) erfolgen.

_____, den _____
(Ort/Datum)

(Unterschrift des Mitglieds)

bei minderjährigen Mitgliedern ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertreter erforderlich:

(ggf. Unterschrift ges. Vertreter)



SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID: DE67ZZZ00000401022

für wiederkehrende Zahlungen

Mandatsreferenz: _____
(wird vom Verein erteilt)

Ich/Wir ermächtige(n) die Sportfreunde Ursulapoppenricht 1974 e. V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von den Sportfreunden Ursulapoppenricht 1974 e. V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber / Bankverbindung:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

IBAN: DE

BIC:

Bankname: _____

_____, den _____
(Ort/Datum)

(Unterschrift des Kontoinhabers)