



Mitgliedschaft in der SG Schenklengsfeld 1989 e.V.

Hiermit erkenne ich die Satzung der Sportgemeinde Schenklengsfeld 1989 e.V. an und trete dem Verein als Mitglied bei.

Mitgliedsnummer: Abteilung:
Name: Vorname:
Straße: Wohnort:
Telefon: E-Mail (optional):
Geburtsdatum: Eintrittsdatum:

..... Datum Unterschrift des Antragstellers Erziehungsberechtigter

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | | |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | Erwachsene | 36,00 €/ Jahr |
| <input type="checkbox"/> | Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre, Schüler, | 24,00 €/ Jahr |
| <input type="checkbox"/> | Auszubildende, Studenten, Wehrpflichtige | |
| <input type="checkbox"/> | Familienbeitrag | 80,00 €/ Jahr (Einzelanmeldung aller Familienmitglieder erforderlich) |

Die Beitragsbelastung erfolgt am 01.07. des jeweiligen Kalenderjahres.

ERTEILUNG EINER EINZUGSERMÄCHTIGUNG UND EINES SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS

Name des Zahlungsempfängers: SG Schenklengsfeld 1989 e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers: Konroder Str. 25, 36277 Schenklengsfeld

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE32SGS00000312121

Die Mandatsnummer ist die noch zu vergebende Mitgliedsnummer

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

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

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen(Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen:

Kontonummer des Zahlungspflichtigen:

IBAN des Zahlungspflichtigen(max. 22 Stellen):

Bankleitzahl:

BIC (8 oder 11 Stellen):

..... Ort, Datum

..... Unterschrift des Zahlungspflichtigen