

SC Monte Kaolino Hirschau e.V.

Beitritts-Erklärung

| | | | |
|---|--------------|-----------|----------------|
| Name: | _____ | Vorname: | _____ |
| geboren am: | _____ | | |
| Strasse+ H.-Nr.: | _____ | | |
| PLZ, Ort: | _____ | | |
| Telefonnummer: | _____ | tagsüber: | _____ |
| Handynummer: | _____ | | |
| E-mail: | _____ | | |
| erklärt den Beitritt zum Verein ab Datum: | _____ | | |
| | _____ | | _____ |
| | (Ort, Datum) | | (Unterschrift) |

(Bei Minderjährigen ist die Unterschrift der Erziehungsberechtigten erforderlich. Mit der Unterschrift erklären sich die Erziehungsberechtigten bereit, die Beitragszahlung zu übernehmen. Diese Schuldübernahme ist bis zur Volljährigkeit des Kindes begrenzt.)

Die gültige Vereinsatzung wird hiermit anerkannt.

| | | |
|-------------------------------------|------------------|--------------------------|
| Erwachsene: | 50,-- EUR | <input type="checkbox"/> |
| Rentner (ab 65. Jahre) | 30,-- Euro | <input type="checkbox"/> |
| *) Schwerbehinderte > 50% | | |
| Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre | 25,-- Euro | <input type="checkbox"/> |
| Familienbeitrag **) | max. 125,-- Euro | <input type="checkbox"/> |

*) gekennzeichnete Beitragsformen müssen beantragt werden. Dem Antrag für Schwerbehinderte ist eine Kopie des gültigen Ausweises beizulegen.

***) Familienbeitrag erlischt, wenn das jüngste Familienmitglied (das auch Vereinsmitglied sein muss), das 18. Lebensjahr vollendet hat. Einzug von allen Familienmitgliedern vom selben Bankkonto

SEPA - Lastschriftmandat

SC Monte Kaolino Hirschau e.V.

(Name des Zahlungsempfängers (Vereins))

Dienhof 26 92242 Hirschau

(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

DE43ZZZ00000659474

(Gläubiger-Identifikationsnummer)

(Mandatsreferenz (wird vom Verein vergeben))

Ich ermächtige den SC Monte Kaolino Hirschau Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SC Monte Kaolino Hirschau e.V. auf meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Einzug erfolgt einmal jährlich zum 31.03.

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

Kontoinhaber / Bankverbindungen:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Wohnort: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Bankname _____

(Ort/Datum)

(Unterschrift des Kontoinhabers)

Wenn Kontoinhaber nicht identisch mit Vereinsmitglied

Diese SEPA - Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft des Vereinsmitglieds

Vor- und Zuname des Vereinsmitglieds

Meine Emailadresse und das Geburtsdatum darf an Meister Nordic Sport weitergegeben werden:

Ja

Nein

Unterschrift