



AUFNAHMEANTRAG

Mitgliedsnummer:
(wird vom Verein eingetragen)

Ich beantrage die Mitgliedschaft beim **FSV Eintracht Glindow e.V.**
Dr.-Külz-Str. 54
14542 Werder (Havel) OT Glindow


und erkenne die Satzung des Vereins an.
(zu finden unter: www.fsv-eintracht-glindow.de/verein/mitgliedschaft-formulare/)

Personenangaben:

Name Vorname

Straße PLZ/Ort

Geburtsdatum Telefon E-mail

Datum  Unterschrift (Bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)

Mitgliedsbeiträge jährlich nach aktueller Satzung

Erwachsene	<input type="checkbox"/>	180,00 Euro
Jugendliche	<input type="checkbox"/>	156,00 Euro
Studenten	<input type="checkbox"/>	156,00 Euro
Rentner	<input type="checkbox"/>	60,00 Euro
Passive Mitglieder	<input type="checkbox"/>	60,00 Euro
Arbeitslose und Harz IV Empfänger	<input type="checkbox"/>	156,00 Euro
Trainer, Schiedsrichter und Vorstandsmitglieder	<input type="checkbox"/>	24,00 Euro
<i>Beitrag für das dritte Familienmitglied</i>	<input type="checkbox"/>	<i>0,00 Euro</i>
einmalige Aufnahmegebühr	<input type="checkbox"/>	Jugendliche 8,00 Euro
	<input type="checkbox"/>	Erwachsene 10,00 Euro

Der Mitgliedsbeitrag wird halbjährlich (31.März und 30.September) von unserem Kassenwart eingezogen. Eine Kündigung bedarf der Schriftform mit einem Monat Vorlauf zum Halbjahres Ende. Mit der personenbezogenen Datenspeicherung zum Zweck der Mitgliederverwaltung erkläre ich mich einverstanden. (§28 Abs. 1 Satz 2 BDSG)
Der Einzug des Mitgliedsbeitrages erfolgt über das SEPA-Basis-Lastschriftmandat.

Datum
 Unterschrift



SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

für SEPA-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

FSV Eintracht Glindow e.V.
Herrn Siegfried Stage
Dr.-Külz-Str. 54
14542 Werder (Havel) OT Glindow

WIEDERKEHRENDE ZAHLUNGEN

(Gläubiger-Identifikationsnummer)

DE13ZZZ00001547176

(Mandatsreferenz)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

(Name des Zahlungsempfängers)

FSV Eintracht Glindow e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
 Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

(Name des Zahlungsempfängers)

FSV Eintracht Glindow 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.

Zahlungspflichtiger/Kontoinhaber (Vorname, Name)

Sorgeberechtigter/Kontoinhaber (Vorname, Name)

Zahlungspflichtiger/Sorgeberechtigter (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC

Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

IBAN (max. 22 Stellen)

Ort, Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift (Zahlungspflichtiger/Sorgeberechtigter)

Mandat nur mit Ort, Datum und Unterschrift gültig!

Ausfertigung für den Zahlungsempfänger



SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

für SEPA-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

FSV Eintracht Glindow e.V.
Herrn Siegfried Stage
Dr.-Külz-Str. 54
14542 Werder (Havel) OT Glindow

WIEDERKEHRENDE ZAHLUNGEN

.....
 Mitgliedsnummer: (wird vom Verein eingetragen)

(Gläubiger-Identifikationsnummer)

DE13ZZZ00001547176

(Mandatsreferenz)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

(Name des Zahlungsempfängers)

FSV Eintracht Glindow e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
 Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

(Name des Zahlungsempfängers)

FSV Eintracht Glindow 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.

Zahlungspflichtiger/Kontoinhaber (Vorname, Name)

Sorgeberechtigter/Kontoinhaber (Vorname, Name)

Zahlungspflichtiger/Sorgeberechtigter (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC

Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

IBAN (max. 22 Stellen)

Ort, Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift (Zahlungspflichtiger/Sorgeberechtigter)

Mandat nur mit Ort, Datum und Unterschrift gültig!

Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen