

Beitrittserklärung



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Fußballverein "Elsava" 1913 Elsenfeld e.V.

Antragsteller:

Mitgliedsnummer:

Name:

Vorname: männl. weibl.

Wohnort:

Straße:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Nationalität:

Tel./Email:

Bei Zahlung von Familienbeitrag sind folgende Personen eingeschlossen:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Ich beantrage die Aufnahme als folgendes Mitglied (bitte ankreuzen). Die Mitgliedsbeiträge pro Jahr betragen für:

<input type="checkbox"/> Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren:	40,00 €
<input type="checkbox"/> Erwachsene Aktiv:	90,00 €
<input type="checkbox"/> Erwachsene Passiv:	70,00 €
<input type="checkbox"/> Familien mit 2 Personen:	100,00 €
<input type="checkbox"/> Familien mit 3 und mehr Personen:	120,00 €
<input type="checkbox"/> Studenten und Rentner mit Bescheinigung:	60,00 €
<input type="checkbox"/> Aufwandsentschädigung für Jugendliche bis 14 Jahre:	20,00 €
<input type="checkbox"/> Aufwandsentschädigung für Jugendliche von 15 bis 18 Jahre:	30,00 €
<input type="checkbox"/> Paßaufnahmegebühr:	10,00 € (in Bar zu entrichten)

Der aktuell gültige Beitrag wird jährlich zum 15. Januar per Lastschrift eingezogen.

Die Aufwandsentschädigung wird jährlich zum 1. Juli per Lastschrift eingezogen.

x

Unterschrift (bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters)

Bitte beachten: Bei Änderung der Bankverbindung oder Vereinsaustritt ist dies schriftlich mitzuteilen.

Bei Rückbuchungen wegen erloschenem Konto, falscher Bankverbindung oder Widerruf, müssen die Kosten für Bearbeitungs- und Buchungsgebühren in Höhe von 12 € erstattet werden.

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE15ZZZ00000893651 - Mandatsreferenznummer: Ist beim Verein hinterlegt

Ich (wir) ermächtige(n) den Fußballverein "Elsava" 1913 Elsenfeld e.V. von meinen (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, die vom Fußballverein Elsava 1913 Elsenfeld e.V. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber:

Name, Vorname:

Iban: DE:

BIC:

Kreditinstitut:

x

Ort, Datum, Unterschrift

(bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters)

Zurück an den

Fußballverein "Elsava" 1913 Elsenfeld e.V.

Postfach 1129

63815 Elsenfeld oder eMail: elsava.elsenfeld@gmx.de