

Aufnahmeantrag Sportverein Rieneck 1920 e.V.

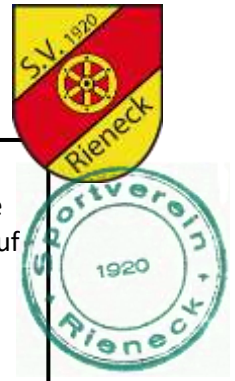
(Stand: 23.03.2019)

Ich beantrage hiermit meine Aufnahme als

- Mitglied (Beitrag: 60,00€)
- Jugendmitglied (Beitrag: 30,00€)
(bis 18 Jahre)

Hinweis:

Ab dem zweiten Mitglied einer Familie
gewähren wir einen Rabatt von 25% auf
den Jahresbeitrag.
Im Sportverein ist bereits folgendes
Familienmitglied angemeldet:



in die _____ – Abteilung des Vereins.

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum:

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 Geburtsort: _____

Anschrift:
Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon (Festnetz): _____

Telefon (Mobil): _____

E-Mailadresse (falls vorhanden): _____

Nur für Neumitglieder der Abteilung Fußball:

- Ich war zuletzt bis zum _____ Mitglied in folgendem Verein

 - Ich bin noch Mitglied in folgendem Verein _____

- und besitze einen / keinen Spielerpass.

Die Vereinssatzungen sind mir bekannt, ich erkenne sie in vollem Umfang an und verpflichte mich zur pünktlichen Zahlung der Beiträge.

_____, den _____

Unterschrift des Antragstellers

Empfohlen durch: _____

Nur für Minderjährige:

Als Erziehungsberechtigter des minderjährigen Antragstellers bin ich mit seinem Eintritt in den Verein einverstanden und bürgе selbstschuldnerisch für entstehende Verbindlichkeiten.

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten (Vater, Mutter oder gesetzlicher Vertreter)

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Sportverein Rieneck 1920 e.V.

IBAN: DE40790500000380007203

BIC: BYLADEM1SWU

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Untere Jägerwiese 1

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

97794 Rieneck

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE52ZZZ00000256374

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Die Mandatsreferenz wird vom System automatisch vergeben und nachgetragen.

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger "automatisierter Name Zahlungsempf. von oben", Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger "automatisierter Name Zahlungsempf. von oben" auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor "automatisierter Name Zahlungsempf. von oben" to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor "automatisierter Name Zahlungsempf. von oben".

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment ~~Einmalige Zahlung / One-off payment~~

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: