

Sportverein Reinshagen 64 e.V.
18209 Bad Doberan
Sitz: Neue Reihe 49
Tel.: 038203 13759
Fax: 038203 733863
Gläubiger ID: DE02SVR00000909211



Mitglieds- Nr.: _____
(wird vom Verein eingetragen)

Eintrittserklärung – Ich beantrage meine Aufnahme in den Sportverein Reinshagen 64 e.V.

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

Derzeitiger Mitgliedsbeitrag, monatlich:

aktive Fußballer

- Erwachsene 8,- €
 Azubi/Studenten/Arbeitslose 5,- €
 Kinder / Schüler 3,- €
Fördernde passive Mitglieder 3,- €

allgemein Sport

- Erwachsene 4,- €
 Azubi/Studenten/Arbeitslose 3,- €
 Kinder 2,- €

Der Mitgliedsbeitrag wird vierteljährlich, zum 10. der Monate Februar, Mai, August und November von der angegebenen Bankverbindung eingezogen. Sollte der 10. des Monats kein Bankarbeitstag sein, gilt der nächste Bankarbeitstag als Fälligkeitsdatum.

Mit dieser Erklärung erkenne ich die gültige Satzung des SV Reinshagen 64 e.V. an und verpflichte mich zur Beitragszahlung im Lastschriftverfahren.

Die Abmeldung ist nur schriftlich, unter Wahrung der gültigen Kündigungsfristen, einzureichen. Die Kündigungsfrist beträgt **zwei Monate** zum jeweiligen Quartalsende.

Mit Aufnahmen meiner Person (Foto und Film) für Vereinsdarstellungen bin ich einverstanden:

Nein: Ja:

Ort / Datum

Unterschrift Mitglied (bei unter 18 Jahren Erziehungsberechtigter)

SEPA Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Sportverein Reinshagen 64 Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Sportverein Reinshagen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Kontoinhaber, Name: _____

Vorname: _____

(in Druckschrift)

Die Kosten für ungerechtfertigte Rückbuchungen trägt der Gebührenpflichtige.

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von _____
Vorname und Name

Ort / Datum

Unterschrift Kontoinhaber