

Antragsteller: männlich weiblich (alle Felder ausfüllen)

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Geburtsdatum/-ort: _____

Nationalität: _____

Telefon: _____

Email: _____



Ich beantrage die Aufnahme als folgendes Mitglied (bitte ankreuzen). Der Mitgliedsbeitrag pro Jahr beträgt:

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre: | 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 oder mehr Personen: | 120,00 € |
| <input type="checkbox"/> Studenten und Rentner mit Bescheinigung: | 60,00 € |
| <input type="checkbox"/> Aufwandsentschädigung für Jugendliche bis 14 Jahre: | 28,00 € |
| <input type="checkbox"/> Aufwandsentschädigung für Jugendliche von 15 bis 18 Jahre: | 38,00 € |

Bei Zahlung von Familienbeitrag sind folgende Personen mit eingeschlossen:

Name, Vorname

Geburtsdatum:

Der aktuell gültige Beitrag wird jährlich zum 01.03. per Lastschrift eingezogen.

Die Aufwandsentschädigung wird jährlich zum 01.07. per Lastschrift eingezogen.

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und akzeptiere diese mit meiner Unterschrift.

X

Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

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 Buchunggebühren 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: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

X

Ort, Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)