Sportgemeinschaft Callenberg e.V.

Nordstraße 17, 09337 Callenberg
Telefon: 037608/27089
Telefax: 037608/369229
E-Mail: info@sg-callenberg.de
www.sg-callenberg.de

Aufnahmeschein für die Mitgliedschaft

Beantragte Mitgliedschaft für:

Name:_____ Vorname:_____ Geb.-Datum:_____

Wohnort:_____ PLZ:_____ Straße:_____

Tel.:_____ E-Mail:_____

☐ Billard ☐ Fußball ☐ Gymnastik ☐ Motorsport

☐ Radsport ☐ Tischtennis ☐ Volleyball

☐ sonstiges Vereinsmitglied

Eintritt zum:_____

Für die Mitgliedschaften gelten die Satzung und die Ordnungen des Vereins. Diese erkenne ich mit meiner Unterschrift an. Der Jahresbeitrag ist bei Eintritt und dann jeweils bis zum 01. Februar eines Jahres fällig. Für im laufenden Jahr eintretende Mitglieder errechnet sich der Beitrag anteilig der noch verbleibenden Monate, angebrochene Monate werden voll berechnet. Beim Austritt wird der Jahresbeitrag nicht zurückerstattet. Der Verein behält sich vor, den Jahresbeitrag gemäß der aktuellen Wirtschaftslage und den satzungsmäßigen Gegebenheiten anzupassen. Jegliche Änderungen in Bezug auf Kontaktdaten und Bankverbindung teile ich dem Verein unverzüglich mit. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass diese Daten im elektronischen Vereinsverwaltungssystem gespeichert werden. Die Daten dürfen (außer den Vereinsorganen) Dritten nicht zugänglich gemacht.

Die jährliche Zahlung des Mitgliedsbeitrages kann durch das SEPA Lastschriftmandat oder durch Rechnungslegung erfolgen.

O Der Beitrag soll bis auf Widerruf per Lastschrift von folgender Bankverbindung eingezogen werden:

O Der Jahresbeitrag wird nach Rechnungslegung auf das Vereinskonto überwiesen.

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift
(bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)

SEPA Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Sportgemeinschaft Callenberg e.V., Nordstraße 17, 09337 Callenberg,
Gläubiger - Identifikationsnummer: DE28ZZZ00000427041
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)**:**_____

Ich/Wir ermächtige(n) den Zahlungsempfänger die fälligen Beitragszahlungen widerruflich von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber:_____

Wohnort:_____ PLZ:_____ Straße:_____

IBAN _____

BIC _____

_____ _____ _____

Ort Datum Unterschrift(en)