

Beitrittserklärung und SEPA-Lastschriftmandat



Sportverein Brünen e.V. 1946

Abteilung / Gruppe
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Plz	Ort
Telefon	E-Mail Adresse	

Fußball	<input type="checkbox"/>
Turnen	<input type="checkbox"/>
Volleyball	<input type="checkbox"/>
Lauffreß	<input type="checkbox"/>
Walking	<input type="checkbox"/>
Reha-Sport	<input type="checkbox"/>
Badminton	<input type="checkbox"/>
Eltern-Kind-T.	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Mit der Mitgliedschaft erkenne ich an, daß der SV Brünen die von mir angegebenen persönlichen Daten zu Vereinszwecken speichert und verarbeitet.

Familienbeitrag ist möglich ab mindestens zwei Personen einer Familie mit Eltern-Kind-Verwandtschaftsgrad. Für Kinder einer Familie endet die Familienmitgliedschaft mit Vollendung des 21. Lebensjahres. Folge Mitglieder sollen im Familienbetrag beitragsfrei mitangemeldet werden:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Abteilung / Gruppe
Name	Vorname	Geburtsdatum	Abteilung / Gruppe
Name	Vorname	Geburtsdatum	Abteilung / Gruppe
Name	Vorname	Geburtsdatum	Abteilung / Gruppe

Beitrag	Jährlich
Einzel	120 €
Jugend	96 €
Familien	204 €
Passiv	42 €

Zahlweise

jährlich halbjährlich
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ort, Datum	Unterschrift Mitglied	Unterschrift gesetzlicher Vertreter
------------	-----------------------	-------------------------------------

Hinweis: Kündigung der Mitgliedschaft

Der Austritt muss schriftlich per Briefpost gegenüber dem Vorstand erklärt werden. Er ist jederzeit mit einer Frist von 6 Wochen zum 30.06 und 31.12 eines Jahres zulässig. Die Beitragspflicht besteht bis zum Ende der Mitgliedschaft.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Sportverein Brünen e.V. 1946, die Beiträge für die o.a. Mitgliedschaft(en) von meinem nachfolgend genannten Bankkonto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Sportverein Brünen e.V. 1946 auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kreditinstitutes

IBAN

D	E																
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name Kontoinhaber / -bevollmächtigten	Vorname Kontoinhaber/ -bevollmächtigten
---------------------------------------	---

Ort, Datum	Unterschrift Kontoinhaber / -bevollmächtigten
------------	---