

Beitrittserklärung – SEPA-Lastschriftmandat



Hiermit beantrage ich den Beitritt zum Fußballverein Malsch unter Anerkennung der Vereinssatzung:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Postleitzahl: _____ Wohnort: _____

Strasse: _____ Nr. _____

Tel: _____ E-Mail : _____

- | | |
|--|---|
| Aktivbeitrag Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr | 99,- € jährlich <input type="checkbox"/> |
| Aktivbeitrag Erwachsene | 130,- € jährlich <input type="checkbox"/> |
| Einzelmitgliedschaft Erwachsene (passiv) | 85,- € jährlich <input type="checkbox"/> |
| Rentner, Schwerbehinderte | 70,- € jährlich <input type="checkbox"/> |
| Partnermitgliedschaft (2 Erwachsene) | 105,- € jährlich <input type="checkbox"/> |
| Familienbeitrag (2 Erwachsene + X Kinder bis 18. Lebensjahr) | 180,- € jährlich <input type="checkbox"/> |
| VIP Mitgliedschaft (1 Erwachsener) | 140,- € jährlich <input type="checkbox"/> |
| VIP Partnermitgliedschaft (2 Erwachsene) | 175,- € jährlich <input type="checkbox"/> |
| VIP Schwerbehinderte | 95,- € jährlich <input type="checkbox"/> |
| VIP Familienbeitrag (2 Erwachsene + X Kinder bis 18. Lebensjahr) | 225,- € jährlich <input type="checkbox"/> |

Bei Familien- oder Partnerbeiträgen, bitte alle Familienangehörige bzw. den Partner aufführen:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum _____

Die Mitgliedschaft beginnt am 1. Januar des laufenden Jahres. Jugendliche werden bei Vollendung des 18. Lebensjahres automatisch in eine Einzelmitgliedschaft für Erwachsene überführt.

Datum: _____ Unterschrift Mitglied /Erziehungsberechtigte: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE28FVM00000544896

Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den FV Malsch 1910 e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom FV Malsch 1910 e.V. auf mein 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. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung.

Kto. Inhaber: _____

Anschrift: _____

IBAN

BIC (8 oder 11 Stellen)

IBAN	BIC
------	-----

Datum: _____ Unterschrift: _____