

SV Schaippach 1967 e.V.
Am Mühlrain 19
97794 Rieneck



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum SV Schaippach 1967 e. V.
Im gleichen Zug erkenne ich die Satzung des Vereines an.

Name:

Vorname:

Geb. am:

Straße:

PLZ:

Ort:

- 12,- € bis 14 Jahre
 25,- € ab 15 – 17 Jahre (Schüler & Studenten mit gültigem Ausweis)
 50,- € ab 18 Jahre
 75,- € Familienbeitrag

- Bei Lebenspartnerschaft mit gleichem Wohnsitz kann der Familienbeitrag beantragt werden.
- Kinder ab dem 18. Lebensjahr scheiden aus dem Familienbeitrag aus. (Ausnahme: Schüler, Studenten, Azubis bis zum 25. Lebensjahr bei Vorlage einer gültigen Bescheinigung an den Sportverein)

Ich beantrage für folgende Personen den Familienbeitrag:

Name:

Vorname:

Geburtstag:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

SV Schaippach 1967 e. V.

1. Vorsitzender: Andreas Pasberg

Unterschrift Mitglied



SEPA Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:	SV Schaippach 1967 e. V.
Adresse:	Am Mühlrain 19
Postleitzahl:	97794
Ort:	Rieneck
Gläubiger ID:	DE78SVS00000237767

Mandatsreferenz:

Bitte freilassen, wird vom Verein ausgefüllt.

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (automatisierter Name Zahlungsempf. von oben) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (automatisierter Name Zahlungsempf. von oben) 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 1.3.

Name Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber): _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Postleitzahl: _____

Ort: _____

IBAN Zahlungspflichtiger: _____

BIC: _____

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift (Kontoinhaber): _____



SEPA Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:	SV Schaippach 1967 e. V.
Adresse:	Am Mühlrain 19
Postleitzahl:	97794
Ort:	Rieneck
Gläubiger ID:	DE78SVS00000237767

Mandatsreferenz:

Bitte freilassen, wird vom Verein ausgefüllt.

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (automatisierter Name Zahlungsempf. von oben) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (automatisierter Name Zahlungsempf. von oben) 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 1.3.

Name Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber):

Vorname:

Adresse:

Postleitzahl:

Ort:

IBAN Zahlungspflichtiger:

BIC:

Ort:

Datum:

Unterschrift (Kontoinhaber):