

Bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen! Danke!

## Beitrittserklärung Breitensport



### Ich

Name, Vorname

Straße

Postleitzahl

Ort

Geburtsdatum

Telefon Vorwahl und Rufnummer

trete als aktives  oder passives  Mitglied dem

**esv Finnentrop 1960 e.V.**

in der Abteilung\* \_\_\_\_\_  
zu dem Datum \_\_\_\_\_ bei, und bin mit der Satzung des Vereins  
einverstanden (siehe Homepage im Bereich Download).

\*für die Teilnahme in weiteren Abteilungen den Beitrag bitte beim Übungsleiter erfragen  
(Angaben zu Allergien, gesundheitliche Einschränkungen, bitte  
auf der Rückseite vermerken)

Der z. Z. monatliche Vereinsbeitrag beträgt für:

- Kinder von 5-8 Jahren 4,00 €
- Kinder von 9-14 Jahren 4,50 €
- Jugendliche von 15-17 Jahren 5,00 €
- Schüler/Studenten ab 18 Jahren 5,50 €
- Erwachsene 6,50 €

Der Austritt aus dem Verein kann nur unter schriftlicher  
Kündigung erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied

ges. Vertreter bei Minderjährigen

## SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer(CI): DE43ZZZ00000355573

Mandatsreferenz: (=Ihre Mitgliedsnummer – wird separat mitgeteilt)

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den **esv Finnentrop 1960 e.V.**, die zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge für das angeführte Mitglied, von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem **esv Finnentrop 1960 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

Name, Vorname (Kontoinhaber)

Straße

PLZ, Ort

IBAN

BIC

Zahlungstermin:

- jährlich zum 15.02.
- ½ jährlich zum 15.02. und 15.08.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

Unterschrift Kontoinhaber

(1) Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

(2) Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

(3) Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

(4) Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Angaben zu Allergien oder gesundheitliche Einschränkungen:**

---

---

---

---