

Bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen! Danke!

Beitrittserklärung für Eltern-Kind-Turnen

(Name des Kindes oder Kinder bitte auf der Rückseite vermerken!)



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

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:
