

Bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen! Danke!

Beitrittserklärung Breitensport



Ich

Name, Vorname

Straße

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Telefon

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** (per Mail an esv.finnentrop@t-online.de oder postalisch an
esv Finnentrop 1960 e.V. / Am Schürken 3 / 57368 Lennestadt)

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied oder
gesetzlicher 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:

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:
