

Bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen! Danke!

## **Beitrittserklärung für Eltern-Kind-Turnen**

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



**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](mailto:esv.finnentrop@t-online.de) oder postalisch an  
esv Finnentrop 1960 e.V. / Am Schürkerken 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:**

---

---

---

---