SG Lobenfeld 1946 e.V.

Beitrittserklärung

70 €	☐	Einzelbeitrag
110 €	☐	Familienbeitrag
80 €	☐	Jugendbeitrag

Von der SGL auszufüllen

Mitgliedsnr: _____

Datum: _____

Handzeichen:_____

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zu dem Verein Sportgemeinschaft Lobenfeld 1946 e.V.

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnr: _____PLZ / Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____ Email: _____

Die Beitragszahlung erfolgt ab dem Jahr: _____
Die einschlägigen Satzungsbestimmungen sind bekannt.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

Beim Familienbeitrag bitte **ALLE** weiteren Familienmitglieder mit Name und Geburtsdatum auflisten

Name: _____ Geb.datum: _____ Name: _____ Geb.datum: _____

Name: _____ Geb.datum: _____ Name: _____ Geb.datum: _____

SEPA-Lastschriftmandat

für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-ID: DE87SGL00000521233
Mandatsreferenz: _____

Ich/Wir ermächtige(n) die SG Lobenfeld 1946 e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der SG Lobenfeld 1946 e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (nur auszufüllen, wenn von o.g. Mitgliedsdaten abweichend) **/ Bankverbindung:**

Name/Adresse: _____

IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC: | | | | | | | | | | |

Der Beitrag wird jährlich zum **15.09.** oder – falls dieser auf ein Wochenende bzw. einen Feiertag fallen sollte – dem darauf folgenden Bankarbeitstag von o.g. Konto abgebucht.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers