

--	--	--	--	--	--

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Spielvereinigung Warsingsfehn e.V.

Vor- und Zuname

Geburtsdatum

Anschrift (Strasse, PLZ, Ort)

E-Mail-Adresse (falls vorhanden)

Telefonnummer

Beginn der Mitgliedschaft

Abteilung

Moormerland, den _____

Unterschrift

Unterschrift eines Vorstandsmitgliedes

Bei Jugendlichen Unterschrift
eines Erziehungsberechtigten

VOLLMACHT

Ich ermächtige den SV Warsingsfehn e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SV Warsingsfehn e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die Spielvereinigung Warsingsfehn e.V. wird ermächtigt, die von mir zu zahlenden monatlichen Mitgliedsbeiträge (Kinder und Jugendliche 5,- €, Erwachsene 7,- €, Familien 15,- €, Senioren ab 60 Jahre 5,- €) jeweils zu den Fälligkeiten am 01.03. bzw. 01.09. eines jeden Jahres zu Lasten meines Kontos abzurufen. Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende bzw. Feiertag, verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den ersten folgenden Werktag. Kündigung bis 6 Wochen zum Halbjahresende (30.06. und 31.12.).

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. Unsere Gläubiger-ID lautet: DE18SVW00000152129.

IBAN: _____

BIC: _____

Kontoinhaber: _____

Anschrift: _____

Ort und Datum

Unterschrift