

SV Lütgenrode von 1967 e.V.



SV Lütgenrode v. 1967 e.V.

Obere Dorfstraße 21

37176 Nörten - Hardenberg

OT Lütgenrode

Beitrittserklärung

Ich beantrage die Aufnahme in den SV Lütgenrode von 1967 e.V. zum

Die Satzung des Vereins erkenne ich hiermit an.

		.			.				
Tag			Monat			Jahr			

Name: _____ Vorname: _____ geb.:

		.			.				
Tag			Monat			Jahr			

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Mein Vereinsbeitrag soll von meinem Konto abgebucht werden.
Bitte auch die Einzugsermächtigung (SEPA-Lastschriftmandat) auf der Rückseite ausfüllen.

Bitte zutreffende Beitragsgruppe ankreuzen:

- | | | | |
|----|--------------------------|---|----------------|
| 1) | <input type="checkbox"/> | Einzelbeitrag | 30,00 € / Jahr |
| 2) | <input type="checkbox"/> | Familienbeitrag (nur mit Kind = Erwachsene + Kinder bis 18 Jahre) | 48,00 € / Jahr |

- Nur bei Familienbeitrag - Folgende Familienmitglieder werden Mitglied im SV Lütgenrode von 1967 e.V.:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Lütgenrode den, _____

(Unterschrift Mitglied ggf. der gesetzliche Vertreter)

Hinweis:

Unsere Mitgliederverwaltung erfolgt mit Hilfe der EDV. Die Daten der Mitglieder werden zu diesem Zweck unter Beachtung der Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) gespeichert.

Evtl. anfallende Gebühren für Rücklastschriften werden bei dem folgenden Beitragseinzug mit eingezogen.

SEPA-Lastschriftmandat**Name des Zahlungsempfängers:** SV Lütgenrode von 1967 e.V.**Anschrift des Zahlungsempfängers:** Obere Dorfstraße 21, 37176 Nörten-Hardenberg**Gläubiger-Identifikationsnummer:** **DE85ZZZ00001455476****Mandatsreferenz (vom SV Lütgenrode auszufüllen) :**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den SV Lütgenrode von 1967 e.V. Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom SV Lütgenrode von 1967 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 Betrages verlangen.
Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen):****BIC (8 oder 11 Stellen):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit **DE** beginnt.

Ort / Datum:**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**