

Beitrittserklärung

SV Thalhausen 1922 e.V.

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum SV Blau-Weiß Thalhausen 1922 e.V. unter Anerkennung der Vereinssatzung. Mit der Speicherung meiner persönlichen Daten zu vereinseigenen Zwecken bin ich Einverstanden. Desweiteren erteile ich dem Verein die Erlaubnis, mein Bild und Namen für Zwecke der öffentlichen Berichterstattung zu verwenden. Der Austritt zum jeweiligen Jahresende kann nur schriftlich erfolgen.

Antragssteller:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Ort	Straße, Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Fax
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	E-Mail

Familienmitglieder:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum

Jahresbeitrag (bitte ankreuzen)

- | | | |
|--------------------------|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Bambinis & Ehrenmitglieder: | frei |
| <input type="checkbox"/> | Kinder, Jugendliche, Schüler,
Azubi's & Studenten: | 48,00 €/Jahr |
| <input type="checkbox"/> | Passive Mitglieder: | 36,00 €/Jahr |
| <input type="checkbox"/> | Familienbeitrag | 72,00 €/Jahr |
| <input type="checkbox"/> | Aktive Seniorenspieler | 72,00 €/Jahr |

Datum, Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers: SV Thalhausen 1922 e.V.	
Anschrift des Zahlungsempfängers: Straße und Hausnummer: Zum Aueberg 2 Postleitzahl und Ort: 56584 Thalhausen Land: Deutschland	
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74ZZZ00000128229	
Mandatsreferenz (wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt)	
Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger SV Thalhausen 1922 e.V. , Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger SV Thalhausen 1922 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: <input type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung	
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	
Anschrift des Zahlungsempfängers (Angabe freigestellt): Straße und Hausnummer: Postleitzahl und Ort: Land:	
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen):	
BIC (8 oder 11 Stellen):	
Ort:	Datum (TT/MM/JJJJ):
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	