

SPORTVEREIN Wört 1948 e.V.



Beitrittserklärung

Vorname und Name _____

Straße _____ Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Geb.-Datum _____ Email: _____

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum SV Wört 1948 e.V. als:
(Jahresbeitrag - bitte zutreffendes ankreuzen – max. 1 Kreuz je Zeile!)

	Familie (Bitte für jedes Familienmitglied eine eigene Beitrittserklärung ausfüllen)	Erwachsene(r)	Studenten, Azubi, FSJ, Versehrte (ab 30%)	Kind, Jugendliche(r)	Kind, Jugendliche(r) oder Ehegatte als Familienmitglied
Hauptverein	26€ O	16€ O	13€ O	6€ O	0€ O
Zusätzlich trete ich folgender Abteilung/Gruppe bei:					
Abt. Fussball	-----	20€ O	10€ O	10€ O	10€ O
Abt. Schützen	Aktiv: 60 € O	Aktiv: 41 € O	21€ O	16€ O	0 € O
	Passiv: 25€ O	Passiv: 16€ O			
Abt. Stockschiessen	-----	Aktiv: 30€ O	10€ O	8€ O	8€ O
	-----	Passiv: 10€ O			
Abt. Volleyball	-----	20€ O	10€ O	8€ O	8€ O
Eltern-Kind-Turnen	-----	-----	-----	4€ O	4€ O
Dance for Kids	-----	-----	-----	4€ O	4€ O
Zumba	-----	40€ O	30€ O	30€ O	30€ O
Badminton	-----	10€ O	7€ O	4€ O	4€ O
Aquagymnastik*	-----	16€ O	16€ O	4€ O	4€ O
Frauenturnen	-----	16€ O	16€ O	-----	-----
Männerfitness	-----	40€ O	40€ O	-----	-----
Walking	-----	10€ O	10€ O	4€ O	4€ O

*: Bei Mitgliedschaft im Frauenturnen oder beim Männerfitness ist Aquagymnastik beitragsfrei mit eingeschlossen

Bei Familienmitgliedschaft: Beitragszahler ist: _____

Die Kündigung für das kommende Jahr muss spätestens bis zum 31.12. des laufenden Jahres schriftlich erfolgen. Ihre Daten werden vereinsintern verarbeitet und beim Austritt aus dem Verein gelöscht.

Datum und Unterschrift: _____

(Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

**SPORTVEREIN
Wört 1948 e.V.**



SEPA-Lastschriftmandat

SV Wört 1948 e.V.
Bösenlustnau 17
73499 Wört
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE91ZZZ00000441815

Ich/Wir ermächtige(n) den SV Wört 1948 e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom SV Wört 1948 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.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung jährlich am 15.06. Sollte dieser Tag auf einen Samstag, einen Sonntag oder auf einen Feiertag fallen, so gilt der nächste Bankarbeitstag als Fälligkeitstag.

Kontoinhaber:

Vorname und Name _____

Straße _____ Hausnr. _____

PLZ _____ Ort _____

Kreditinstitut: _____

BIC: _ _ _ _ _ | _ _ _ _

IBAN: D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _

Die Mandatsreferenz lautet: _____ (wird vom Verein ausgefüllt).

Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers