

An die Sportvereinigung 05/07 Odenkirchen e.V., Abteilung Basketball

Eintrittserklärung



Spvg. Odenkirchen 05/07

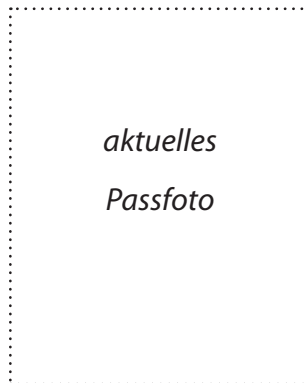
RAIDERS

Ich bitte um Aufnahme als Mitglied

- aktive Jugend (125,00 €/anno)*
- aktive Senioren (150,00 €/anno)*
- Senioren Hobby (100,00 €/anno)*
- passiv (30,00 €/anno)*

*Stand: 12/2023

in die Sportvereinigung 05/07 Odenkirchen e.V. und verpflichte mich zur Anerkennung der Vereinssatzung sowie der Ordnungen.



Bitte den Namen exakt entsprechend dem Personalausweis | bitte in Blockschrift

Vorname(n):* _____

Name:* _____

geboren am:* ____ . ____ . ____ in: _____

Geschlecht:* weiblich männlich

Nationalität:* _____

Beruf: _____

Straße / Nr. :* _____

PLZ / Wohnort:* (_____) _____

Telefon:* _____ eMail:* _____

Mannschaft:* _____ Spielerpass beantragen *Angabe durch Betreuer*

Den o.g. Jahresbeitrag zzgl. einmaliger 6,00 € Aufnahmegebühr wird jährlich durch Bankeinzug entrichtet. Das Formular „SEPA-Lastschriftmandat“ finden Sie im Anhang. Es muss vollständig ausgefüllt mit dem Anmeldeformular abgegeben werden.

Entsprechend dem Beschluss der Jahreshauptversammlung 2002 zahlt jedes aktive Mitglied eine Umlage für den Unterhalt des gemeinsamen Vereinshauses am Sportplatz Bellerühle von einmalig Euro 48,00 oder jährlich Euro 12,00 über fünf Jahre.

Mönchengladbach, den ____ . ____ . ____

(Unterschrift)

(bei Jugendlichen auch Elternunterschrift)

Beruf der Eltern bei Jugendlichen _____.

Diese freiwillige Information hätten wir gern, um Sie unter Umständen um Ihre Unterstützung zu bitten.

ggf. Name des Mitglieds, das mich geworben _____

***Pflichtangaben**

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: