

Mitgliedsantrag



SV Gutenstetten-Steinachgrund 1949 e.V.

Sportplatzweg 5, 91468 Gutenstetten

Telefon: 09161/882-1234 // Email: info@svg-steinachgrund.de // www.svg-steinachgrund.de

Name, Vorname:	
Strasse, Hausnr.:	
PLZ, Wohnort:	
Geb.-Datum:	
Tel.: (Festnetz/Mobil)	
Email:	

(bei Familienmitgliedschaften bitte Zusatzblatt ausfüllen)

Abteilung (bitte ankreuzen)
<input type="radio"/> Fußball
<input type="radio"/> Laufgruppe
<input type="radio"/> Dancing Queens
<input type="radio"/> Fitness (bitte Zusatzblatt ausfüllen)
<input type="radio"/> _____

Eintrittsdatum:

(Monat/Jahr)

Antrag angenommen: (vom Verein auszufüllen)

(Vorstandsbeschuß mit Unterschrift)

Jahresmitgliedsbeiträge (bitte ankreuzen)	
<input type="radio"/> BG1: Grundbeitrag Erwachsene	42,00 €
<input type="radio"/> BG2: Grundbeitrag Kinder/Jugend bis 18 Jahre *)	30,00 €
<input type="radio"/> BG3: Grundbeitrag Familie *)	96,00 €
<input type="radio"/> BG4: Beitrag Fußball Erwachsene	54,00 €
<input type="radio"/> BG5: Zusatzbeitrag Trikotwaschen Erwachsene	30,00 €
<input type="radio"/> BG6: Zusatzbeitrag Trikotwaschen Jugendliche *)	10,00 €

*) Schüler & Studenten bis zum 24. Lebensjahr

Erledigungsvermerke des Vereins:
<input type="radio"/> Mitgliedsnummer: _____
<input type="radio"/> Daten erfasst: Ja/Nein
<input type="radio"/> Satzung verschickt: Ja/Nein
<input type="radio"/> sonstiges:

SEPA-Lastschriftenmandat für wiederkehrende Zahlungen

Zahlungsempfänger: SV Gutenstetten-Steinachgrund 1949 e.V.
Gläubiger-Identifikationsnummer: SVGS: DE228043058 **Mandatsreferenz:** wird separat mitgeteilt

Ich/Wir ermächtige/n den SV Gutenstetten-Steinachgrund e.V., Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir unser Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Kontobelastung (Fälligkeit) der Beiträge oder Zusatzbeiträge erfolgt einmal jährlich (in der Regel im 1. Quartal) - erstmalig anteilig mit Beginn der Mitgliedschaft im Verein.

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.

Kontoinhaber:

Name, Vorname:	
Strasse, Hausnr.:	
PLZ, Wohnort:	
Kreditinstitut/BIC:	
IBAN:	

(Ort, Datum)

(Unterschrift Antragsteller unter Anerkennung der aktuellen Satzung)

(Ort, Datum)

(Unterschrift Kontoinhaber)

Hinweis: mit Inkrafttreten und Anwendung der EU Datenschutz-Grundverordnung (kurz: DSGVO) Stand: 25.05.2018 füllen Sie bitte das Formular "Datenschutz SVG" (für Fußballer/innen: zusätzlich "Einverständniserklärung_DFBnet") aus und bestätigen diese mit Ihrer Unterschrift.