



Sport-Freunde Marbach e.V.

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den „SF Marbach e.V.“.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Abteilung: _____

Der Vereinsbeitrag pro Kalenderjahr in Höhe von:

- Altersstufe ab 16 Jahre 96,00 € (**ab 01.01.2021 – 120,00 €**)

- Altersstufe bis 16 Jahre 36,00 € (**ab 01.01.2021 – 72,00 €**)

- Schüler, Lehrlinge, Studenten, Arbeitslose,

Rentner, passive Mitglieder 60,00 € (**ab 01.01.2021 – 84,00 €**)

ist als erster Halbjahresbeitrag bis zum 31.01. des Kalenderjahres und als zweiter Halbjahresbeitrag bis zum 31.07. des Kalenderjahres durch Überweisung auf das Vereinskonto bei der Erfurter Bank e.G. IBAN DE73 8206 4228 0000 3212 30 oder durch Erteilung einer Einzugsermächtigung (siehe Rückseite) gegenüber dem Verein zu entrichten. Personen, die im laufenden Jahr dem Verein beitreten, entrichten den Vereinsbetrag anteilmäßig.

Mit meiner/ unserer Unterschrift erkenne ich/ erkennen wir die jeweils gültigen Beitragszahlungen an. Zudem erteile ich dem Verein die Erlaubnis, Fotos von mir bzw. meinem Kind für die Homepage bzw. für soziale Netzwerke (Facebook, Instagram, ...) zu verwenden.

Die Vereinssatzung kann auf Wunsch beim Vorstand eingesehen werden.

Marbach, den _____

Unterschrift des Antragsstellers / gesetzlichen Vertreters

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Zahlungsempfänger

Zahlungsart: halbjährlich / jährlich

Sport-Freunde Marbach
Bergener Straße 34
99092 Erfurt - Marbach

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige(n) **den Sport-Freunde Marbach e.V.**, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

Name des Zahlungsempfängers:	Sport-Freunde Marbach 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.

Name Kontoinhaber:
Straße / Nr.:
PLZ / Ort:

Name der Bank:

IBAN:	D E																			
-------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC :															
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort, Datum:	Unterschrift:
-------------	---------------