



MITGLIEDSANTRAG

Spiel-Verein Hörstmar von 1928 e.V.

Vorname: _____
Nachname: _____
Geburtsdatum: _____ männlich weiblich divers
Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Ort: _____
Telefonnummer (Festnetz/mobil): _____
E-Mail-Adresse: _____

Vorname: _____
Nachname: _____
Geburtsdatum: _____ männlich weiblich divers
Vorname: _____
Nachname: _____
Geburtsdatum: _____ männlich weiblich divers
Vorname: _____
Nachname: _____
Geburtsdatum: _____ männlich weiblich divers

SPORTINTERESSE:

Breitensport Kinder- Jugendfußball Seniorenfußball

BEITRÄGE PRO HALBJAHR:

Familienmitgliedschaft 70€ Kinder 20€
 Erwachsene 40€ Schüler/Studenten, Senioren 27,50€

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Ordnungen des Vereins in der jeweils gültigen Fassung an.
Die Informationspflichten gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Satzung und Ordnungen sowie die Datenschutzerklärung des Vereins sind zu finden unter: www.svhoerstmar.de

Ort, Datum Unterschrift

Ort, Datum Unterschriften der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen bzw. Geschäftsunfähigen

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Name des Zahlungsempfängers:
Spiel-Verein Hörstmar von 1928 e.V.
Anschrift des Zahlungsempfängers: Uferstraße 47 D-32657 Lemgo
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE21ZZZ00000391083
Mandatsreferenz: SVH000XXXX

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

Der wiederkehrende Jahresbeitrag wird mit der SEPA-Basislastschrift in zwei Teilbeträgen jeweils im 1. Quartal und im 3. Quartal eines Jahres eingezogen.

Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende oder einen Feiertag, verschiebt sich die Fälligkeit auf den nächstfolgenden Werktag.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen)

BIC (8 oder 11 Stellen) _____

Ort/Datum Lemgo, _____

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)