

# BEITRITTSERKLÄRUNG

**Sarkwitzer Sportverein e.V.**

Fiefhusen 2a, 23629 Sarkwitz

☎ 04504/4677, Fax 0451/7078698

Sparte: \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich / beantragen wir die Mitgliedschaft im Sarkwitzer Sportverein e.V.

Von der Vereinssatzung, den Zahlungs- und Geschäftsbedingungen mit den Beitragshöhen, Aufnahmegebühren und Fälligkeiten wurde Kenntnis genommen.

Eintritt am \_\_\_\_\_

**Beitragsart** (bitte ankreuzen)  passiv  aktiv

Erwachsene voller Beitrag

Familienbeitrag

Kinder bis 14 Jahren

Jugendliche bis 18 Jahren

Azubi, Stud., Wpfl. ab 18 Jahren

## Mitgliedspersonalien

Name, Vorname des Mitglieds 1	geboren am	Email
PLZ Wohnort	Straße, Haus-Nr.	Telefon
Name, Vorname des Familienmitglieds 2	geboren am	Email
Name, Vorname des Familienmitglieds 3	geboren am	Email
Name, Vorname des Familienmitglieds 4	geboren am	Email

Bei Minderjährigen Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten. Diese übernehmen für die Mitgliedsbeiträge die selbstschuldnerische Bürgschaft.

Name, Vorname des Erziehungsberechtigten und/oder Zahlers, wenn Mitglied unter 18 Jahre		
PLZ Wohnort	Straße, Haus-Nr.	Telefon

Eine Änderung meiner Anschrift oder Rufnummer bzw. meiner persönlichen Verhältnisse (soweit sie für die Beitragshöhe von Bedeutung sind) werde ich dem Verein unverzüglich mitteilen. Mir ist bekannt, daß es zum Austritt aus dem Verein einer schriftlichen, satzungsgemäßen Erklärung bedarf und meine Verpflichtungen gegenüber dem Verein bis zur Beendigung der Mitgliedschaft bestehen bleiben. Ich nehme zur Kenntnis, daß der Verein für abhanden gekommene Sachen nicht haftet. Mit der Anmeldung erklärt sich das Mitglied mit Veröffentlichungen von Text- und Bildmaterial einverstanden.

Sarkwitz, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitglieds / gesetzlichen Vertreters

## SEPA-Basis Lastschriftmandat

SSV-Konto: IBAN DE35213522400030002109

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE79ZZZ00000321363**

Mandatsreferenz: Entspricht der Mitgliedsnummer

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige den Sarkwitzer Sportverein e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Sarkwitzer Sportverein e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber Name, Vorname : \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

IBAN: D E \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_ D E \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber