

JFV Ebsdorfergrund e.V.

BEITRITTSERKLÄRUNG

[Blatt 1 - Stand Mai 2014]

Die/Der Unterzeichnende erklärt hiermit seinen Beitritt zum JFV Ebsdorfergrund e.V. und erkennt die Satzung und Beitragsordnung des Vereins verbindlich an. Die Satzung kann von der Homepage www.jfv-ebdorfergrund.de heruntergeladen werden.

Name bzw. Organisation: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ / Ort: _____
Geb.-Datum: _____ Familienstand: _____
Tel.-Nr.: _____ Mobil: _____
E-Mail-Adr.: _____ **Stammverein:** _____
 Aktiv Passiv Beitritt ab: _____
 Einzelbeitritt Familienbeitritt Fördermitglied (bitte ankreuzen)

Für den Familienbeitritt sind die weiteren Familienmitglieder auf Blatt 2 aufzuführen.

Der **Mitgliedsbeitrag** beträgt pro Jahr:

- Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre	30,00 € (*)	- Einzelmitglied	30,00 € (*)
- Familien	30,00 € (*)	- Fördermitglied	30,00 € (*)
		- zusätzlicher Förderbeitrag	beliebig € (**)

(*) Über diesen Beitrag kann keine Spendenbescheinigung ausgestellt werden.

(**) Die Höhe des zusätzlichen Förderbeitrags steht im Belieben des Mitglieds.

Mein/Unser Förder-Jahresbeitrag beträgt €

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner/unserer personenbezogenen Daten für Vereinszwecke, gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes, bin ich/sind wir einverstanden. Ich habe/Wir haben jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über meine/unsere Daten zu erhalten.

(Ort / Datum)

(Unterschrift)
Bei Minderjährigen der/die Erziehungsberechtigte

(Wird vom Verein ausgefüllt)

Mitgliedsnummer/Mandatsreferenz: _____ Spielerpass-Nr.: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE29ZZZ0000154162

Hiermit ermächtige/n ich/wir den JFV Ebsdorfergrund e.V. den zu entrichtenden Jahresbeitrag – bis auf Widerruf – jeweils im 3. Quartal eines Jahres mittels Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom JFV Ebsdorfergrund e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung.

Vor- u. Nachname Kontoinhaber: _____ Geb.-Datum: _____

Straße und Hausnummer: _____ PLZ und Ort: _____

IBAN: DE _____ BIC: _____

Ort / Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Weitere Familienmitglieder (Adresse wie auf Blatt 1)

Name:

Vorname:

Geb.-Datum: Stammverein:

Tel.-Nr. Handy-Nr.:

E-Mail:@

Name:

Vorname:

Geb.-Datum: Stammverein:

Tel.-Nr. Handy-Nr.:

E-Mail:@

Name:

Vorname:

Geb.-Datum: Stammverein:

Tel.-Nr. Handy-Nr.:

E-Mail:@

Name:

Vorname:

Geb.-Datum: Stammverein:

Tel.-Nr. Handy-Nr.:

E-Mail:@

Name:

Vorname:

Geb.-Datum: Stammverein:

Tel.-Nr. Handy-Nr.:

E-Mail:@
