



1.FC Romonta Amsdorf 1921 e. V.

Wallstraße 9, 06317 Seegebiet Mansfelder Land OT Amsdorf



Beitrittserklärung/ Aktualisierung der Mitgliedschaft

Name

Name, Vorname

Geb.-Datum

Anschrift

Strasse, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Kontakt

Telefonnummer

E-Mail

Ich beantrage die Mitgliedschaft ab/ seit: _____

Mitgliedsbeiträge

monatlich / jährlich

Erwachsene

8,00 €

96,00 €

Rentner, Schwerbehinderte, Arbeitslose
und Auszubildende

6,00 €

72,00 €

Kinder ab 6 Jahren

3,00 €

36,00 €

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum 1. FC Romonta Amsdorf 1921 e.V. und verpflichte mich, die Satzungen und Ordnungen des Vereins zu beachten und meinen Beitrag pünktlich zu entrichten.

Bei Minderjährigen übernehmen die Erziehungsberechtigten die Haftung für die Begleichung der Mitgliedsbeiträge.

Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich zum 30.6. eingezogen.

Ich erkläre mich bereit, den fälligen Beitrag jährlich per Lastschrift abbuchen zu lassen -> Bitte füllen Sie dafür das umliegende Sepa-Lastschriftmandat aus.

Gebühren, die bei nicht ausreichender Kontodeckung dem Verein anfallen, werden auf das Mitglied umgelegt.

.....
Ort, Datum Unterschrift (bei Kindern gesetzlicher Vertreter)

Mit dieser Beitrittserklärung geben wir gleichzeitig unser Einverständnis zur Veröffentlichung von Bildern, die den Sport- und Vereinsbetrieb betreffen.

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

1. FC ROMONTA Amsdorf 1921 e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer:

Wallstrasse 9

Postleitzahl und Ort:

06317 Seegebiet Mansfelder Land

OT Amsdorf

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE30ZZZ00002522884

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Mitgliedsbeitrag

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

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

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

DE

BIC (8 oder 11 Stellen):

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.