



Geschäftsstelle: Postfach 12 33
21207 Seevetal
Telefon: 04105 63 59 64
Fax: 04105 63 59 65
Email: kontakt@fc-seevetal.de
Homepage: www.fc-seevetal.de

1. FC SEEVETAL e.V. BEITRITTSERKLÄRUNG

Name/Firma: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Wohnort: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Email: _____

Monatlich zu zahlender Beitrag:

Regel- und Förderbeitrag: 10,00 Euro Außerordentlicher Beitrag: 20,00 Euro

Jugend- und Sozialbeitrag: 05,00 Euro Passiver Mitgliedsbeitrag: 02,50 Euro

Schiedsrichterbeitrag: 01,00 Euro

Der passive- sowie der Schiedsrichterbeitrag sind nur als Jahresbeitrag per Abbuchung möglich. Genauere Erläuterungen entnehmen Sie bitte der Beitrags- und Verwaltungsordnung.

Die Festlegung der Beiträge erfolgte durch die Jahreshauptversammlung am 21.01.2016.

- Der Beitrag wird zum:
- Ersten eines Monats (Monatsbeitrag)
 - Zum 01. Januar/1. April/1. Juli/1. September (Quartalsbeitrag)
 - Jahresbeiträge werden am 01. Januar fällig

Eintrittserklärung: Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft im 1. FC Seevetal e.V. und erkenne sowohl die Satzung als auch die Beitrags- und Vereinsordnung an.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter

Bitte das SEPA-Lastschriftmandat auf der Rückseite erteilen!



Geschäftsstelle: Postfach 12 33
21207 Seevetal
Telefon: 04105 63 59 64
Fax: 04105 63 59 65
Email: kontakt@fc-seevetal.de
Homepage: www.fc-seevetal.de

SEPA-Lastschriftmandat

für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-ID: DE 8800 1000 0188 9109

Mandatsreferenz: _____
Ihre Mitgliedsnummer, wird vom Verein ausgefüllt

Als Kontoinhaber ermächtige/n ich/wir den 1. FC Seevetal e.V. widerruflich den geschuldeten Mitgliedsbeitrag für das umseitig aufgeführte Vereinsmitglied bei Fälligkeit von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom 1. FC Seevetal 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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kontoinhabers: _____

Anschrift des Kontoinhabers: _____

IBAN des Kontoinhabers: DE _____

BIC des Kontoinhabers: _____

Falls abweichend vom Kontoinhaber gilt dieses
Lastschriftverfahren für folgendes Mitglied: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers