



Mitgliedsantrag

(Druckschrift)

Persönliche Daten:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße/ Haus.-Nr.	PLZ/ Ort	E-Mail
		Tel. Nr./ Mobil

Mitgliedschaft/ Abteilungen:

Mitgliedschaft			
Jugendbeitrag € 55,34	<input type="checkbox"/>	Schüler/Studenten € 64,57	<input type="checkbox"/>
Einzelbeitrag € 86,10	<input type="checkbox"/>	Familienbeitrag € 116,83	<input type="checkbox"/>
Abteilungen			
Herren <input type="checkbox"/>	Frauen <input type="checkbox"/>	Jugend <input type="checkbox"/>	
AH/Senioren <input type="checkbox"/>	Skigymnastik <input type="checkbox"/>	Damenturnen <input type="checkbox"/>	
<p>Bei aktiven Mitgliedern wird zusätzlich ein Abteilungsbeitrag erhoben (Erwachsene € 60,- / Jahr - Jugendliche/Schüler/Studenten € 40,- / Jahr 2. Kind € 30,- / Jahr - ab 3. Kind € 0,- / Jahr)</p>			

Weitere Familienmitglieder (falls Familienbeitrag): (Druckschrift)

Name	Vorname	Geburtsdatum	Eintritt in Abteilung(en)
Name	Vorname	Geburtsdatum	Eintritt in Abteilung(en)
Name	Vorname	Geburtsdatum	Eintritt in Abteilung(en)
Name	Vorname	Geburtsdatum	Eintritt in Abteilung(en)
Name	Vorname	Geburtsdatum	Eintritt in Abteilung(en)

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein „VfR Süßen“. Die Satzung des Vereins habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit ihr einverstanden. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten per EDV erfasst und verwaltet werden. Meine Daten werden streng nach dem Datenschutzgesetz behandelt. Die Weitergabe meiner persönlichen Daten zu nicht vereinsinternen Zwecken ist ausgeschlossen.

Datum/ Unterschrift (unter 18 Jahren - Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

Es werden nur lesbare und vollständig ausgefüllte Anträge bearbeitet !

Weiter auf Seite 2 →



VfR Süßen e.V. gegr. 1920, An der Lauter 10, 73079 Süßen

Gläubiger-Identifikationsnummer DE24ZZZ00000950525

Mandatsreferenz **WIRD SEPARAT MITGETEILT**

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den VfR Süßen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom VfR Süßen 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.

Zahlungsart (Druckschrift)

wiederkehrende Zahlungsart

einmalige Zahlungsart

Vorname und Name (Zahlungspflichtiger)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift

Es werden nur lesbare und vollständig
ausgefüllte Anträge bearbeitet!