

AUFNAHME - ANTRAG

**SPORTVEREIN
WIESENBRONN**



Name: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Straße: _____
 PLZ / Ort: _____
 Telefonnummer: _____

Hiermit beantrage ich ab _____
 die Mitgliedschaft im Sportverein Wiesenbronn

Abteilung:		
<input type="checkbox"/> Fußball	<input type="checkbox"/> Tanzsport	<input type="checkbox"/> Kinderturnen
<input type="checkbox"/> Tischtennis	<input type="checkbox"/> Gymnastik	
<input type="checkbox"/> Kinder	(0 - 13 Jahre)	11,00 EUR / Jahr
<input type="checkbox"/> Jugendliche	(14 - 18 Jahre)	21,00 EUR / Jahr
<input type="checkbox"/> Azubis / Studenten	(18 - 21 Jahre)	23,00 EUR / Jahr
<input type="checkbox"/> Erwachsene	(ab 22 Jahre)	44,00 EUR / Jahr
<input type="checkbox"/> Familienbeitrag	(inkl. Kinder bis 22)	83,00 EUR / Jahr
<input type="checkbox"/> Senioren	(ab 65 Jahre)	30,50 EUR / Jahr

Gleichzeitig ermächtige ich den SV Wiesenbronn den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto einzuziehen.

Bankverbindung siehe Anlage SEPA-Lastschriftmandat

Kündigung ist schriftlich zum 31.12. d. laufenden Jahres möglich
 weitere Infos unter www.sv.wiesenbronn.de

Datum: _____

Unterschrift _____

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name: SV Wiesenbronn e.V.	
Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address Straße und Hausnummer / Street name and number: Schießplatzstr. 3 Postleitzahl und Ort / Postal code and city: 97355 Wiesenbronn Land / Country: Deutschland	
Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier: DE98ZZ00000175812	
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor): _____	
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. By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above). As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.	
Zahlungsart / Type of payment: <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung / One-off payment	
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name: _____	
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address Straße und Hausnummer / Street name and number: Postleitzahl und Ort / Postal code and city: Land / Country:	
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters): _____	
BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters): _____	
Ort / Location: _____	Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY): _____
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: _____	

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.
 Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.