



Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft beim SV 1919 Osterburken e.V.

Antragsteller/-in

Eintrittsdatum:

Mitgliedschaft für mich (ab 18 Jahre alt) (69,- Euro/Jahr)

Mitgliedschaft für mein Kind (bis 17 Jahre alt) (59,- Euro/Jahr)

Antragsteller/-in ist erziehungsberechtigt.

Familienmitgliedschaft für mich, Partner/Partnerin und Kinder (110,- Euro/Jahr)

Antragsteller/-in ist Familienmitglied und erziehungsberechtigt.

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:
(ab 18)

Geschlecht: männlich weiblich divers keine Angabe

Straße:

Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Land:

E-Mail:

Telefon:

Abteilung für Antragsteller/-in als Mitglied

Abteilung: Fußball Turnen

Einverständniserklärung

Ich erkenne die Vereinssatzung in allen Rechten und Pflichten an. Ich bin damit einverstanden, Informationen, Einladungen etc. des Vereins per E-Mail, Telefon und Messenger zu erhalten.

Ort:

Datum:

Unterschrift



Mitgliederdaten (ggf. leere Seite)

Einzelmitgliedschaft für mein Kind

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:
(unter 18)

Geschlecht: männlich weiblich divers keine Angabe

Abteilung: Fußball Turnen

Mitgliedschaft für die gesamte Familie

Familienmitgliedschaft mit Partner/-in und 0 1 2 3 4 Kind/Kinder

Familienmitgliedschaft für den/die Partner/-in

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:
(ab 18)

Geschlecht: männlich weiblich divers keine Angabe

Abteilung: Fußball Turnen

Familienmitgliedschaft für das 1. Kind

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:
(unter 18)

Geschlecht: männlich weiblich divers keine Angabe

Abteilung: Fußball Turnen



Mitgliederdaten (ggf. leere Seite)

Familienmitgliedschaft für das 2. Kind

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:
(unter 18)

Geschlecht: männlich weiblich divers keine Angabe

Abteilung: Fußball Turnen

Familienmitgliedschaft für das 3. Kind

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:
(unter 18)

Geschlecht: männlich weiblich divers keine Angabe

Abteilung: Fußball Turnen

Familienmitgliedschaft für das 4. Kind

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:
(unter 18)

Geschlecht: männlich weiblich divers keine Angabe

Abteilung: Fußball Turnen



SEPA Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger

Name:

Straße und Hausnr.:

PLZ und Ort:

Land.

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Mandatsreferenz:
(vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

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

Zahlungspflichtige/r:

Antragsteller/-in

Andere Person

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:
(ab 18)

Straße:

Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Land:

IBAN:
(max. 34 Stellen)

BIC:
(8 oder 11 Stellen)

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen,
wenn der Zahlungsdienstleister des/der Zahlungspflichtigen
in einem EU-/EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Ort:

Datum:

Unterschrift