



BEITRITTSERKLÄRUNG

Förderverein Jugendgolf in Churfranken e.V.

Hiermit trete ich als Mitglied in den Förderverein Jugendgolf in Churfranken e.V. ein. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten gespeichert und an den Vereinsvorstand weitergegeben werden. Mit meinem Eintritt in den o.g. Verein erkenne ich die Satzung des o.g. Vereins in ihrer jeweils gültigen Fassung an.

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Email: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Beachten Sie:

Der Mitgliedsbeitrag wird im Lastschriftverfahren abgebucht. Der Lastschrifteinzug erfolgt erstmalig, frühestens, vier Wochen nach Antragseingang. Folgebeiträge werden jährlich zum 01.04. abgebucht.

Ich unterstütze den Förderverein Jugendgolf in Churfranken e.V.

durch meinen Beitritt (Mindestbeitrag 60,00 € jährlich)

durch meinen Beitritt mit einem Betrag von _____ € jährlich

Kündigung:

Eine Kündigung muss schriftlich oder per Mail, fristgerecht zum Ende eines jeden Kalenderjahres, an den Förderverein Jugendgolf in Churfranken e.V. erfolgen.

Ort und Datum (TT/MM/JJ)

Unterschrift Antragsteller/-in

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Basislastschrift-Mandats

Angaben zum Zahlungsempfänger

Name des Zahlungsempfängers: Förderverein Jugendgolf in Churfranken e.V.
Anschrift des Zahlungsempfängers: Förderverein Jugend Golf in Churfranken e.V. Rosenhof,
63843 Niedernberg
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE21 7965 0000 0501 4142 21
Mandatsreferenz/Mitgliedsnummer: Nachname + fortlaufende Nummer

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 den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name s.o.) 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

Angaben zum Zahlungspflichtigen

Name, Vorname (Kontoinhaber): _____

Straße, Hausnummer (Kontoinhaber): _____

Postleitzahl, Ort: (Kontoinhaber): _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort und Datum (TT/MM/JJ)

Unterschrift Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber)