Förderverein Baseball und Softball TV St. Ingbert Devils e.V.

Schriftverkehr an: Marktplatz 9, 66386 St. Ingbert, foerderverein@devils-igb.de

Aufnahmeantrag / Einzugsermächtigung

Hiermit beantrage ich ab dem _____ (gewünschtes Eintrittsdatum) die Mitgliedschaft im Förderverein Baseball und Softball TV St. Ingbert Devils e.V.

Name/Firma:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Straße & Hausnummer:	
PLZ & Ort:	
Telefon:	
E-Mail:	

Beiträge (bitte ankreuzen):

- ☐ Aktives (ordentliches) Mitglied Beitrag: € 20,00 jährlich
- ☐ Fördermitglied Beitrag: € 20,00 jährlich

(Zusätzliche) Spenden (bitte ankreuzen):

- ☐ Einmalige Spende von € _____
- ☐ Jährliche Spende von € _____

Gewünschter Abbuchungsmonat ab dem 2. Mitgliedsjahr: _____

Die Aufnahme in den Förderverein kann nur bei gleichzeitiger Erteilung einer Einzugsermächtigung erfolgen. Die Abbuchung des Mitgliedsbeitrags für das erste Mitgliedsjahr erfolgt zum 01. des dem gewünschten Eintrittsdatum folgenden Monats. Ab dem zweiten Mitgliedsjahr erfolgt die Abbuchung des Mitgliedsbeitrags zum 1. März des jeweiligen Jahres. Der Austritt aus dem Verein kann jederzeit mit einer Austrittsfrist von 3 Monaten zum Ende des Geschäftsjahres erfolgen. Es bedarf einer schriftlichen Kündigung, welche an den Vorstand des Vereins zu richten ist. Die Satzung des Vereins habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie mit meiner Unterschrift an.

_____ _____

(Ort, Datum) (Unterschrift)

EINZUGSERMÄCHTIGUNG / SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Förderverein Baseball und Softball TV St. Ingbert Devils e.V.
(Gläubiger-ID: DE82ZZZ00000466809) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Baseball und Softball TV St. Ingbert Devils e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen. Der fällige Jahresbeitrag wird für das erste Mitgliedsjahr zum 01. des dem gewünschten Eintrittsdatum folgenden Monats eingezogen, ab dem zweiten Mitgliedsjahr erfolgt die Abbuchung des Mitgliedsbeitrags zum 1. März des jeweiligen Jahres.
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.

Kontoinhaber/in:	
IBAN:	
Name der Bank:	
BIC:	

_____ _____

(Ort, Datum) (Unterschrift des/der Kontoinhabers/in)