



Aufnahmeantrag

Ja, ich möchte Mitglied der SG Heidebube Riedelbach e.V. werden!

Name/Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/Hausnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	<input type="text"/>	
Mobil	<input type="text"/>	
Telefon	<input type="text"/>	

Der Eintritt erfolgt zum . Quartal .

Einmalige Aufnahmegebühr in Höhe von € ist bei Eintritt zu entrichten.

(Ersatzweise wird auch ein "grüner Erfrischungswürfel" akzeptiert!)*

Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich 30 €.

(Am einfachsten zahlbar mit dem unten angeführten SEPA-Lastschriftmandat. Für Jugendliche unter 18 Jahren, Auszubildende, Studierende beträgt der Mitgliedsbeitrag jährlich 15 €.)

Mit meiner Mitgliedschaft möchte ich die SG Heidebube Riedelbach e.V. und ihre gemeinnützige Vereinsarbeit unterstützen.

Aus Sicherheitsgründen gilt in der Erwachsenenspielabteilung jedoch ein Mindestalter von 15 Jahren.

Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist nur zum Ende des Kalenderjahres möglich.

Eine entsprechende schriftliche Erklärung muss dem geschäftsführenden Vorstand der SG Heidebube Riedelbach e.V. spätestens 6 Wochen zum Jahresende vorliegen.

Datum

Ort

Unterschrift

bei Minderjährigen: Unterschrift
eines Erziehungsberechtigten

eingegangen, der Vorstand

* Einen quaderförmigen Bierkasten als „Würfel“ zu bezeichnen ist historischen Ursprungs. Die falsche geometrische Bezeichnung wird nicht als Verzichtgrund akzeptiert!



SEPA-Lastschriftmandat

für SEPA Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

SG Heidebube Riedelbach e.V.

vertreten durch:

Patrick Vollberg

Vor dem Kolem 6

61276 Weilrod

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE71SGH00000645778

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die SG Heidebube Riedelbach e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SG Heidebube Riedelbach e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:

Name/Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/Hausnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kreditinstitut/BIC	<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>	

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von *(falls vom Kontoinhaber abweichend)*:

Name/Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Ort

Unterschrift