



FC Sportfreunde 1910 Dossenheim e.V.

Vereinsbeitrittserklärung

Mitglieds-Nr. _____

Anrede:

Geburtstag:

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ:

Wohnort:

Telefon:

Mobil:

E-Mail-Adresse:

Aktives Mitglied
(über 18 Jahre)

120 € / Jahr

Jugend Mitglied
(unter 18 Jahre)

120 € / Jahr

Familienmitgliedschaft
(Mitglieder unten angeben)

145 € / Jahr

Passives Mitglied
(über 18 Jahre)

75 € / Jahr

Nur bei Familienmitgliedschaft Familienmitglieder eintragen:

Name:

Name:

Name:

Name:

Für alle aktiven Jugendlichen Spieler (auch innerhalb der Familienmitgliedschaft) wird ein Jugendzusatzbeitrag von 3,00 € / Monat erhoben. Die Abbuchung für den Jugendzusatzbeitrag erfolgt jährlich. Es wird eine einmalige Passgebühr für Aktive von 20,00 € und Jugend 10,00 € erhoben.

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in den FC Sportfreunde 1910 Dossenheim e.V. und erkenne die Vereinsatzung an. Die Satzung ist jederzeit bei einem Vorstandsmitglied einsehbar. Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Datum der Unterschrift. Der Austritt kann nur durch schriftliche Erklärung gegenüber einem Mitglied des Vorstands unter Einhaltung einer vierteljährlichen Kündigungsfrist zum 31.12. eines Jahres erfolgen. Bis zu diesem Zeitpunkt bleibt das Mitglied verpflichtet, den Mitgliedsbeitrag zu zahlen.

Datenschutz:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass vorstehende Daten für vereinsinterne Zwecke in einer EDV-gestützten Mitglieder- und Beitragsdatei gespeichert werden. Im Übrigen wird auf § 4, Absatz 5 a und b der Vereinsatzung verwiesen. Ohne dieses Einverständnis kann eine Mitgliedschaft nicht begründet werden.

Ort / Datum:

Unterschrift:

(Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Für den Einzug der Mitgliedsbeiträge das SEPA-Lastschriftmandat auf der Rückseite ausfüllen!



FC Sportfreunde 1910 Dossenheim e.V.

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschrift

Ich ermächtige den FC Dossenheim Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom FC Dossenheim auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

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.

Bankname :

IBAN :

BIC :

Kontoinhaber :

Ort / Datum:

Unterschrift: