

Mitgliedsantrag beim FC Billingsbach 1946 e. V.

Mitgliedsnummer: (wird vom Zahlungsempfänger eingetragen)

Hiermit beantrage ich
Name, Vorname*: _____

Straße*: _____

PLZ, Ort*: _____

Geburtsdatum*: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

die Aufnahme beim FC Billingsbach 1946 e. V. ab dem _____

Beitragsart*: Kind/Jugendlicher 14,25€/Jahr
 Erwachsener 28,50€/Jahr
 Ehepaar 35,90€/Jahr (bitte Daten des Ehepartners auf der Rückseite eintragen)
 Familie 42,75€/Jahr (bitte Daten der Familienmitglieder auf der Rückseite eintragen)

Art der Mitgliedschaft*: Aktiv Passiv

Zahlungsart*: per SEPA Lastschrift

Ich versichere, dass ich die o. g. Angaben nach bestem Wissen und Gewissen vollständig und richtig gemacht habe. Ich bin mir im Klaren, dass der Vorstand bei der Entscheidung über meinen Aufnahmeantrag auf die Vollständigkeit und Richtigkeit vertraut. Mit Unterzeichnung des Aufnahmegesuches erkenne ich/wir die Satzung und Ordnungen des Vereins an.

Datum, Unterschrift des Mitglieds: _____

(bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: FC Billingsbach 1946 e. V., In den Gärten 1, 74572 Blaufelden
Billingsbach

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE72ZZZ00000347485

Mandatsreferenznummer: „M“+Mitgliedsnummer

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den FC Billingsbach 1946 e. V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom FC Billingsbach 1946 e. V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die Kontobelastung (Fälligkeitsdatum) des nebenstehenden Betrages erfolgt am 30.09. (oder dem folgenden Geschäftstag) jeden Jahres, erstmalig am 30.09.2020.

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.

Name des Zahlungspflichtigen(Kontoinhaber) _____

(falls abweichend zum Mitgliedsnamen)

Straße, PLZ, Ort _____

BIC _____ IBAN _____

oder Bankleitzahl: _____ Kontonummer: _____

Datum, Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) : _____

1. Vorstand
Michael Hofmann

Bankverbindungen:
Sparkasse SHA-CR Kontonr. 282 024 /BLZ 622 500 30
BIC: SOLADES1SHA / IBAN: DE85 6225 0030 0000 2820 24

mit * gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder

2. Vorstand
Tobias Krauß

Voba Hohenlohe Kontonr. 240 350 022 /BLZ 620 918 00
BIC: GENODES1VHL / IBAN: DE57 6209 1800 0240 3500 22

Steuer-Nr.: 57075/00144

Gläubiger ID: DE72ZZZ00000347485

Daten des Ehepartners/Familienmitglieder:

Name, Vorname*: _____
Straße*: _____
PLZ, Ort*: _____
Geburtsdatum*: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

Name, Vorname*: _____
Straße*: _____
PLZ, Ort*: _____
Geburtsdatum*: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

Name, Vorname*: _____
Straße*: _____
PLZ, Ort*: _____
Geburtsdatum*: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

Name, Vorname*: _____
Straße*: _____
PLZ, Ort*: _____
Geburtsdatum*: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

Name, Vorname*: _____
Straße*: _____
PLZ, Ort*: _____
Geburtsdatum*: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

1. Vorstand
Michael Hofmann

Bankverbindungen:
Sparkasse SHA-CR Kontonr. 282 024 /BLZ 622 500 30
BIC: SOLADES1SHA / IBAN: DE85 6225 0030 0000 2820 24

mit * gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder

2. Vorstand
Tobias Krauß

Voba Hohenlohe Kontonr. 240 350 022 /BLZ 620 918 00
BIC: GENODES1VHL / IBAN: DE57 6209 1800 0240 3500 22

Steuer-Nr.: 57075/00144

Gläubiger ID:DE72ZZZ00000347485