



*** SNOWBIKE ***
SKIBOBCLUB FELDBERG E. V.

Geschäftsführerin: **Désirée Alvarez**
Alt Fechenheim 114 • 60386 Frankfurt
Tel.: 069 - 42 42 73 • Mobil: 0170-99 10 888,
homepage: www.skibobclub-feldberg.de

* E-Mail: d.alvarez@skibobclub-feldberg.de oder desiree@alvarez.de



BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich beantrage die Aufnahme in den Skibobclub Feldberg e.V. Ich erkenne damit die Vereinssatzungen sowie die Beschlüsse der Mitgliederversammlung und des Vorstandes an.

Mitglied:

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Strasse:	PLZ:	Ort:
Beruf:	Telefon:	Fax:
Mobil:	E-Mail:	

Lebenspartner:

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Strasse:	PLZ:	Ort:
Beruf:	Telefon:	Fax:
Mobil:	E-Mail:	

Kinder und Jugendliche

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Mobil:	E-Mail:	

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Mobil:	E-Mail:	

Ich erkläre mich mit der Abbuchung des Jahresbeitrages von folgendem Konto einverstanden:

Name der Bank:		Ort:	
BLZ:		Kto-Nr:	
IBAN:		BIC:	

Datum:

Unterschrift:

Jahresbeiträge:

Kinder/Schüler/Jugendliche bis 18 Jahre 10,- €
Mitglieder über 18 Jahre: 26,- €

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Skibobclub Feldberg e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Wielandstr. 8

Postleitzahl und Ort:

65719 Hofheim

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE22ZZZ00000299982

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

SBC-Feldberg

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

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

Ort:**Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**