



Erster Vorstand

Marcel Cron | Kahnstraße 7 | 99830 Treffurt OT Falken |
0049 (0) 152 230 211 70 | sgfalken@gmail.com

Antrag auf Mitgliedschaft in der SG Falken 1948 e.V.

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
E-Mail Adresse	
Mobilnummer	
Festnetznummer (optional)	
Geburtsdatum	

ab sofort die Mitgliedschaft in der SG Falken 1948 e.V.

Ich bin einverstanden, dass die jährlichen Mitgliedsbeiträge von meinem Konto (Siehe SEPA Lastschriftmandat) widerruflich im März jeden Jahres abgebucht werden. Es erfolgt keine weitere Ankündigung. Bei Austritt aus dem Verein besteht kein Recht auf Rückzahlung von bereits für das laufende Jahr geleisteten Mitgliederbeiträgen. Bei unterjährigem Eintritt wird der Beitrag für das erste Jahr anteilig festgelegt.

Mein gegenwärtiger Jahresbeitrag beträgt

- 36€ pro Jahr (3€ pro Monat) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
- 60€ pro Jahr (5€ pro Monat) für Erwachsene

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass eine automatische Anpassung der Beiträge nach meinem 18. Geburtstag erfolgt.

Im Falle einer zukünftigen Anpassung der Beiträge, über die oben genannten Vereinbarungen hinaus, werde ich mindestens 6 Wochen im Voraus vom Verein über meine genannten Kontaktdaten informiert und erhalte die Möglichkeit des Widerspruchs und Beendigung der Mitgliedschaft. Ein Widerspruch nach Abbuchung des Beitrages ist rückwirkend nicht möglich.

_____|_____|_____
Unterschrift Datum Ort
(bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)



Erster Vorstand

Marcel Cron | Kahnstraße 7 | 99830 Treffurt OT Falken |
0049 (0) 152 230 211 70 | sgfalken@gmail.com

SEPA Lastschriftmandat – Neues Mitglied

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE42ZZZ00001452370

Ich ermächtige die SG Falken 1948 e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SG Falken 1948e.V. auf mein Konto gezogenen 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.

Vorname und Name (**Beitragszahler**)

Vorname und Name (**Kontoinhaber**)

Straße und Hausnummer (**Kontoinhaber**)

Postleitzahl und Ort (**Kontoinhaber**)

Kreditinstitut (Name und Ort)

___ ___ ___ | ___ ___ ___ | ___ ___ ___ | ___ ___ ___ | ___ ___ ___ | ___ ___
IBAN

___ ___ ___ | ___ ___ | ___ ___ | ___ ___ ___
BIC

_____|_____|_____
Unterschrift (Kontoinhaber) Datum Ort