Spielvereinigung 1922 Eltville e. V.
BEITRITTSERKLÄRUNG

Postfach 1434, 65334 *Eltville am Rhein, Tel.: 06123-900969*

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt in die Spvgg. 1922 Eltville e.V. ab dem .....
und erkenne gleichzeitig die jeweils gültige Satzung des Vereines an.

Nachname:..... *Vorname:…….*

Geburtsdatum:……..

Straße:..... *PLZ, Wohnort:.....*

Telefon:..... *Handy:.....*

E-Mail:.....

Beitragszahlung: X per Bankeinzugsermächtigung

Ich ermächtige die Spvgg. 1922 Eltville e. V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beiträge (derzeit jährlich: 240 € für aktive Einzelmitglieder, 360 € für aktive Familienmitgliedschaft,180 € für passive Familienmitgliedschaft, 180 € für Zwerge und Bambinis (240 € für Familienmitgliedschaft), 120 € für Studenten / Azubis / inaktive Mitglieder, 60 € für Rentner bei Bescheinigungsvorlage) bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos mittels Lastschrifteinzug einzuziehen. Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, werden die zusätzlichen Gebühren sowie der Mitgliedsbeitrag unaufgefordert überwiesen. Die einmalige Aufnahmegebühr beträgt 15,00€. (Bitte auch das Formular SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen-IBAN + BIC)

Kontoinhaber:..... *Konto-Nr:.....*

BLZ:..... *Name des Kreditinstituts:.....*

IBAN:..... *BIC:.....*

Angaben zum Familienbeitrag (derzeit 360,00 €/Jahr)
Folgende Angehörige meiner Familie wollen/sind ebenfalls Mitglied:

Vorname:..... *Geburtsdatum:.....*

Vorname:..... *Geburtsdatum:.....*

Vorname:..... *Geburtsdatum:.....*

Vorname:..... *Geburtsdatum:.....*

Eltville, den..... *Unterschrift:.....*

Prüfungspflicht des Vereins gem. §126 der Spielordnung des Hessischen Fußball-Verbandes:
Gilt nur bei erstmaliger Beantragung eines Spielerpasses).
Ich war bisher für keinen anderen Fußballverein spielberechtigt und beantrage erstmals die Ausstellung eines Spielerpasses).

Eltville, den ..... Unterschrift:.....

0123456789012345678901

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Spvgg Eltville 1922eV

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:
Postfach 14 34

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:
65334 Eltville am Rhein

Land / Country:
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:
D E 3 0 1 9 2 0 0 0 0 0 4 9 9 7 5 5

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:
☒ **Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment** ☐ **Einmalige Zahlung / One-off payment**

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*
* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):
Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

114 902.001 D0 (Fassung Mai 2013) - v1.3
© Deutscher Sparkassenverlag