

# Sportverein Eichenried e.V.



Sportverein Eichenried e.V. – Waldstr. 4 a - 85452 Eichenried  
Internet: [www.sv-eichenried.de](http://www.sv-eichenried.de) eMail: [info@sv-eichenried.de](mailto:info@sv-eichenried.de)

## ANMELDUNG ZUR FAMILIENMITGLIEDSCHAFT

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Sportverein Eichenried e.V., erkenne die Vereinssatzung und den festgelegten **Familienbeitrag in Höhe von 160 Euro** und sofern zutreffend für **jedes aktive Mitglied den Aktivenbeitrag in Höhe von 20 Euro jährlich** an.

Name _____	Ehepartner _____	1.Kind _____	2.Kind _____	3.Kind _____
Vorname _____	_____	_____	_____	_____
Geburtsdatum __/__/____	__/__/____	__/__/____	__/__/____	__/__/____
Bereits Mitglied: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Abteilung: <input type="checkbox"/> Fußball <input type="checkbox"/> Turnen <input type="checkbox"/> Passiv	<input type="checkbox"/> Fußball <input type="checkbox"/> Turnen <input type="checkbox"/> Passiv	<input type="checkbox"/> Fußball <input type="checkbox"/> Turnen <input type="checkbox"/> Passiv	<input type="checkbox"/> Fußball <input type="checkbox"/> Turnen <input type="checkbox"/> Passiv	<input type="checkbox"/> Fußball <input type="checkbox"/> Turnen <input type="checkbox"/> Passiv

Durch Verein: Nr. \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ (bitte eintragen)

Durch Verein: aufgenommen am \_\_\_\_\_ Anmeldung BLSV durchgeführt am \_\_\_\_\_

## Sepa-Lastschriftinzugsverfahren

Ich ermächtige den SV Eichenried, Zahlungen von meinem Konto mittels Sepa- Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SV Eichenried auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Diese Einzugsermächtigung dient als Mandat.

*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.

Kreditinstitut : \_\_\_\_\_  
IBAN : \_\_\_\_\_  
Kontoinhaber : \_\_\_\_\_

Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich zum 01.02. von Ihrem Konto abgebucht.  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE03ZZZ00000185185

Ort/Datum .....Unterschrift.....