



## Mitgliedsantrag

(Bitte vollständig in Druckbuchstaben ausfüllen, Stand 01.01.2021)

Ich erkläre hiermit meinen Eintritt in den VfL Fluorn Fußball 1924 e.V.

**Wichtig: Bitte zurück an Hildegard Kipp, Gartenstraße 19/1, 78737 Fluorn-Winzeln**

### Mitgliedsinformationen:

Vorname:

.....

Name:

.....

Straße:

.....

PLZ, Ort:

.....

Geburtsdatum:

.....

Telefon:

.....

E-Mail:

.....

**Unterschrift:**

(bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Ort, Datum:

.....

Unterschrift:

.....

Vorname, Name:

.....

- Durch meine Unterschrift erkenne ich die jeweils gültigen Beiträge sowie die Satzung des VfL Fluorn Fußball 1924 e.V. an. Ich stimme der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zu, soweit dies für Vereins-/Verbandszwecke erforderlich ist.
- Die Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Schluss eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten zulässig.
- Zur Erteilung der Einzugsermächtigung und des SEPA-Lastschriftmandats für den Mitgliedsbeitrag füllen sie bitte beiliegendes Formular aus. Der Einzug des Mitgliedsbeitrages findet gemäß der Satzung des VfL Fluorn Fußball 1924 e.V. zum 01.03 des jeweiligen Beitragsjahres statt.



## SEPA-Lastschriftmandat

(Stand 01.01.2021)

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <b>Name des Zahlungsempfängers:</b><br>VfL Fluorn Fußball 1924 e.V.  |                                   |
| <b>Anschrift des Zahlungsempfängers:</b><br>Straße und Hausnummer:<br>Gartenstraße 19/1<br>Postleitzahl und Ort:<br>78737 Fluorn-Winzeln   |                                   |
| <b>Gläubiger-Identifikationsnummer:</b><br>DE87ZZZ00000933774  |                                   |
| <b>Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):</b><br>[Redacted]  |                                   |
| Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / von 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.<br>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. |                                   |
| <b>Zahlungsart:</b><br>Wiederkehrende Zahlung  |                                   |
| <b>Name des Zahlungspflichtigen:</b><br>[Redacted]   |                                   |
| <b>Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):</b><br>Straße und Hausnummer:<br>[Redacted]   |                                   |
| Postleitzahl und Ort:<br>[Redacted]  |                                   |
| <b>IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen):</b><br>[Redacted]   |                                   |
| <b>BIC (8 oder 11 Stellen):</b><br>[Redacted]  |                                   |
| Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.  |                                   |
| Ort:<br>[Redacted]   | Datum (TT/MM/JJJJ):<br>[Redacted] |
| <b>Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):</b><br>[Redacted]  |                                   |



## **Mitgliedsbeiträge (Stand: 25.09.2020)**

| <b>Kategorie:</b>  | <b>Jahresbeitrag:</b> |
|--|-----------------------|
| Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre  | 50,- EUR              |
| Erwachsene   | 50,- EUR              |
| Familienbeitrag<br>(Ein Erwachsener und zwei Kinder / Jugendliche unter 18 Jahren) | 100,- EUR             |

Die aktuellen Jahresbeiträge wurden durch Beschluss der Hauptversammlung vom 25.09.2020 festgelegt.