



Fußballsportverein FSV 95 Scharfenstein-Großolbersdorf e.V.

Spielstätten: Sportplatz Großolbersdorf, Scharfensteiner Straße
Sportzentrum Scharfenstein, Hopfgartener Straße

FSV 95 Scharfenstein-Großolbersdorf e.V., Grünaauer Str. 19, 09432 Großolbersdorf

Aufnahmeschein für die Mitgliedschaft

Ich beantrage, mich bzw. mein nachstehend genanntes Familienmitglied in den Fußballsportverein FSV 95 Scharfenstein/Großolbersdorf e.V. aufzunehmen:

1. Beantragte Mitgliedschaft für:

Name, Vorname: _____

geboren am: _____ in: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

eMail-Adresse: _____

Telefon-Nr. / Handy-Nr.: _____

Ich möchte als aktives Mitglied eintreten zum: _____ oder

Ich möchte als passives Mitglied eintreten zum: _____

2. Beitragszahler, bzw. bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte:

Name, Vorname: _____
(nur wenn abweichend vom Mitglied)

Anschrift: _____
(nur wenn abweichend vom Mitglied)

3. Hiermit bestätige ich, dass ich von der Satzung des FSV 95 Kenntnis erhalten habe und erkenne sie an.

Datum

Unterschrift
(bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Bitte unbedingt auch die Rückseite ausfüllen!

Bitte beachten Sie!! Bei Änderungen der Anschrift, u.ä. Angaben an Vorstand melden!
Der Austritt muss schriftlich beantragt werden. Er ist nur zum Ende des Jahres möglich. Eine Austrittsfrist von drei Monaten ist einzuhalten.

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

FSV95 Scharfenstein-Großolbersdorf e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Grünauer Str. 19

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

09432 Großolbersdorf

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE69ZZZ00000203203

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

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **FSV95 Scharfenstein-Großolbersdorf e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **FSV95 Scharfenstein-Großolbersdorf e.V.** 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 **FSV95 Scharfenstein-Großolbersdorf e.V.** 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 **FSV95 Scharfenstein-Großolbersdorf e.V.**.

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:**