S p o r t v e r e i n W o l f e g g 1 9 5 2 e.V., Schafweide 17, 8 8 3 6 4 W o l f e g g

mail: info@sv-wolfegg.de **Gläubiger ID: DE39ZZZ00000131187**

Beitrittserklärung / SEPA Lastschriftmandat

Ich / wir wünsche(n), ab .....Mitglied des Sportvereins Wolfegg in der angegebenen Abteilung zu werden.
Die Satzung und Ordnungen des SV Wolfegg erkenne/n ich/ wir an.

Name.....Vorname.....

Straße.....PLZ.....Ort.....

Geburtsdatum.....Telefon:..... .....

e-mail:…… Mitglied in Abteilung.....

Bei Familienmitgliedschaft für die weiteren Mitglieder bitte angeben: in Abteilung

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

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

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

Abteilung			**Beitrag**
☐ Erwachsene Fußball	aktiv		96,00 €
☐ Erwachsene Taekwondo*	aktiv		88,00 €
☐ AH Fußball	aktiv		75,00 €
☐ Erwachsene Turnen*/Fitness*	aktiv		74,00 €
☐ Jugend Fußball	aktiv	(unter 18 Jahre)	67,00 €
☐ Turnen (Wölfe)	aktiv	(unter 18 Jahre)	66,00 €
☐ Jugend Taekwondo*	aktiv	(unter 18 Jahre)	63,00 €
☐ Erwachsene	passiv		30,00 €
☐ Jugend	passiv	(unter 18 Jahre)	20,00 €

* Zusätzlich werden „Abteilungsbeiträge“ erhoben.

Für Familien gelten nachstehende Beiträge, unabhängig von der Anzahl der Mitglieder.
Sobald ein Mitglied aktiv am Angebot teilnimmt, gilt der Familienbeitrag „aktiv“

☐ aktiv* 104,00 € ☐ passiv 40,00 €

Änderung der Jahresbeiträge durch jeweiligen Beschluss der Mitgliederversammlung möglich. Bei Eintritten in der 2. Jahreshälfte halbiert sich der Beitrag für das laufende Jahr.
Auf Antrag werden Schüler über 18 Jugendlichen gleichgestellt.
Ich/wir als gesetzliche Vertreter genehmigen hiermit den Beitritt für mein/unser Kind und übernehme/n bis zum Eintritt der Volljährigkeit die Haftung für die Beitragspflichten.

Datum:…… Unterschrift (Antragsteller/ges. Vertreter) ……

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den SV Wolfegg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SV Wolfegg 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.
Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft aller o.g. Personen.

Bank.....Konto-Nr.....……

IBAN: D E . . . . . .

Kontoinhaber …….....Anschrift:.....