



Spielvereinigung Leinach 1960 e.V. Claus-Schnabel-Straße 17, 97274 Leinach

1. Vorstand: Johannes Muth
www.spvgg-leinach.de

Aufnahmeantrag

(Hiermit erkläre ich meinen Beitritt/
- den Beitritt meines Kindes/meiner
Kinder – zur Spielvereinigung Leinach 1960 e.V.)

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Email: _____ Geburtstag: _____

Bitte Art des gewünschten Beitrags angeben: (Jahresbeitrag)

Kinder bis 13 Jahren (15,00 €)	<input type="checkbox"/>	Jugendlicher von 14 - 17 Jahren (20,00 €)	<input type="checkbox"/>
Erwachsener: (48,00 €)	<input type="checkbox"/>	Rentner ab 65. Lebensjahr (40,00 €)	<input type="checkbox"/>
Ehepaar: (80,00 €)	<input type="checkbox"/>	Familie: (80,00 €) 2 Erwachsene + Kinder bis zum vollend. 21. Lj	<input type="checkbox"/>

In den Ehepaar- / Familienbeitrag sollen mit aufgenommen werden (Kinder bis vollend. 21. Lj)

Vorname: _____ Geburtstag: _____

Vorname: _____ Geburtstag: _____

Vorname: _____ Geburtstag: _____

Vorname: _____ Geburtstag: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift (bei Kindern Erziehungsberechtigter) _____

Auszug aus der Satzung der Spielvereinigung Leinach 1960 e. V.:

§5, Abs. 2: Der Beitrag ist eine Bringschuld. Er ist für das Jahr des Erwerbs bzw. der Beendigung der Mitgliedschaft in voller Höhe zu entrichten.

Der Beitrag wird jährlich wiederkehrend im ersten Quartal eingezogen.
Das beiliegende Mandat ermächtigt die Spvgg Leinach zum Einzug.

Antrag bitte bei Julian Lott, Pater-Vincenz-Str. 1, 97274 Leinach, abgeben.

Spielvereinigung Leinach 1960 e. V.

Claus-Schnabel-Str. 17, 97274 Leinach

Gläubiger-Identifikationsnummer DE32ZZZ00000123650

Mandatsreferenz: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Spielvereinigung Leinach, den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Spielvereinigung Leinach 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Anschrift:

Kreditinstitut (Name)

Kreditinstitut BIC

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Ort, Datum und Unterschrift

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für den Beitragseinzug für folgende Mitglieder (Vor- und Nachname)

