

FC Griesbach e.V. 1927

Beitrittserklärung Mitgliedschaft

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied zum FC Griesbach.

Familienname, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort

Datum

Unterschrift

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

=====
Bestand früher schon einmal eine Mitgliedschaft beim FC Griesbach? (zutreffendes bitte ankreuzen)

- ja, von _____ bis _____ (Jahreszahlen dann eintragen, wenn bekannt, sonst ?)
- weis ich nicht genau
- nein

=====
Beitragssätze ab 1.1.2016:

bis 17 Jahre 20,- € , Frauen ab 18 Jahre 35,- € , Männer ab 18 Jahre 50,- €
Mitglieder ab 60 Jahre 27,- € Familie 85,- € (2 Erwachsene, mind. 1 Kind)

Die an dieser Stelle bisherige Einzugsermächtigung wird durch das
„SEPA-Lastschriftmandat“ ersetzt. Es liegt dieser Beitrittserklärung als separates Blatt bei.

Falls Zugehörigkeit zu Familienmitgliedschaft gewünscht ist, bitte ankreuzen:

- Oben stehendes Mitglied wünscht Familienmitgliedschaft zu _____,
Name, Vorname
- Ein SEPA-Lastschriftmandat von diesem Mitglied liegt dem FC Griesbach bereits vor.

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

FC Griesbach e.V. 1927, Thomas Holzleitner

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

Im Schreinerfeld 13

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

84163 Marklkofen

Land / Country:**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

DE34ZZZ00000292491

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

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **FC Griesbach e.V. 1927, Thomas Holzleitner** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **FC Griesbach e.V. 1927, Thomas Holzleitner** 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 **FC Griesbach e.V. 1927, Thomas Holzleitner** 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 **FC Griesbach e.V. 1927, Thomas Holzleitner**.

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****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):****Ort / Location:****Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.