FSG 1922 Burg-Gräfenrode e.V - Am Ludwigsbrunnen 88, 61184 Karben

Bankverbindung: Sparkasse Oberhessen – IBAN: DE94 5185 0079 0112 0000 11 - BIC: HELADEF1FRI

Abteilungen: Fußballjugend
Fußballsenioren
Aerobic-Zumba
Kinderturnen
Badminton
Gymnastik
Volleyball
Theater
Tai-Chi
Passiv

Aufnahmeantrag :

Ich/Wir beantrage(n) hiermit die Aufnahme der nachstehend Genannten als Mitglied der FSG Burg-Gräfenrode:

1) als Einzelmitglied (bzw. erstes Familienmitglied)

Name	Vorname	Geb.-datum	Abteilung (siehe oben)
Straße		Ort	Tel.
Email			

2) als Familienmitgliedschaft gemäß § 5Abs. 5c der Satzung (weitere Familienmitglieder)

Name	Vorname	Geb.-datum	Abteilung

Der Vereinsbeitrag beträgt pro Monat (Stand: 01.01.2015) :

Einzelmitglieder passiv	:	Euro 4,00
Einzelmitglieder Erwachsene	:	Euro 6,00
Einzelmitglieder Jugendliche unter 18 Jahre	:	Euro 5,00
Familienmitgliedschaft	:	Euro 12,50

Abteilungsbeitrag monatlich pro Person Fußballjugend: zusätzlich Euro 5,00
Abteilungsbeitrag monatlich pro Person Zumba : zusätzlich Euro 4,00

Die Rechte und Pflichten der Vereinsmitglieder sind in der Vereinssatzung geregelt, die mit Eintritt in den Verein als verbindlich anerkannt wird. Die Satzung kann beim Vereinsvorstand angefordert werden. Mit Eintritt in den Verein wird ein Mindestbeitrag für sechs Monate gerechnet ab dem vorausgegangenen 01. Januar bzw. 01. Juli fällig. Der Austritt aus dem Verein ist dem Vorstand schriftlich anzuzeigen und kann nur mit einer Frist von drei Monaten zum Halbjahres- bzw. Jahresende erfolgen.

BANKEINZUGSERMÄCHTIGUNG – SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT

Gläubiger-Identifikationsnummer der FSG 1922 Burg-Gräfenrode: DE72ZZZ00000413930
Ihre Mandatsreferenz (= Mitgliedsnummer) wird Ihnen mit der Erstabbuchung mitgeteilt.
Hiermit ermächtige ich die FSG 1922 Burg-Gräfenrode e.V. wiederkehrende Beitragszahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meine Bank an, die von der FSG 1922 Burg-Gräfenrode e.V. auf mein Bankkonto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen (Rücklastschrift). Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: Name / Vorname: _____

IBAN / BIC oder Konto-Nr. / BLZ.: _____ _____

Datum und Unterschrift:: _____ - _____