



# SINDELFINGER KICKERS

*tischfußball als hobby & sport für jung & alt*

## Mitgliedsantrag

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Sindelfinger Kickers e.V. und erkenne dessen Satzung, Beitragsordnung und die Vereinskodex, die ich gelesen habe, in vollem Umfang an.

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_ Postleitzahl : \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Beitrittsdatum: \_\_\_\_\_ Polo-Shirt Größe: \_\_\_\_\_ Polo-Shirt Farbe:  Schwarz  Grau

- Ich wurde darauf hingewiesen, dass der Austritt aus dem Verein gemäß § 7 Pkt. 2 der Satzung nur unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres zulässig ist und dass die Mindestdauer der Mitgliedschaft 1 Jahr beträgt.

### **Aufnahmegebühr für alle Mitglieder ist 25 € (inkl. Polo-Shirt)**

Ich habe mich für folgende Mitgliedschaft entschieden:

Beitragstabelle	Privileg	Stimm-Recht	Einzel	Familien (Zusatz)
Aktiv	Liga + Training	JA	<input type="radio"/> 108 €*	<input type="radio"/> 36 €
Aktiv	Nur Training	JA	<input type="radio"/> 72 €*	<input type="radio"/> 30 €
Passiv	Nur Liga	Nein	<input type="radio"/> 36 €*	<input type="radio"/> 24 €
Passiv	Ohne Aktivität	Nein	<input type="radio"/> 10 €	<input type="radio"/> 10 €

**\*Zusätzlich 50% Ermäßigung bei Vorlage einer der folgenden Nachweise:** Schwerbehinderte; Rentner; Jugendliche unter 18 J.; Schüler; Studenten; Azubis; Arbeitssuchende; Sozialhilfeempfänger

**SEPA-Lastschriftmandat:**

An den SINDELFINGER KICKERS e.V.

**Mandatstext:**

**1. Einzugsermächtigung**

Ich ermächtige die Sindelfinger Kickers e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

**2. SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige die Sindelfinger Kickers e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Sindelfinger Kickers e.V. 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.

**Zahlungsart:** wiederkehrende Zahlungen

**Kontoinhaber:** \_\_\_\_\_

**Kreditinstitut:** \_\_\_\_\_

**SWIFT / BIC:** \_\_\_\_\_

**IBAN:** \_\_\_\_\_

Die IBAN und den BIC finden Sie auf Ihrem Kontoauszug bzw. auf der Rückseite Ihrer EC-Karte (Bank-Karte). Die IBAN beginnt immer mit einem Länderkennzeichen (z.B. DE) und ist für Deutschland immer 22-stellig.

**Hinweis:**

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Kreditinstituts (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden nicht vorgenommen. Mangels fehlender Kontodeckung, nicht rechtzeitiger Mitteilung über einen Entzug der Einzugsermächtigung bzw. Änderung der Kontoverbindung anfallende Rückbuchungsgebühren habe ich zu tragen.

Datum

Ort

Unterschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_