



Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_  
Wird vom Verein ausgefüllt

## Beitrittserklärung

Bitte nur in Blockschrift ausfüllen - ein Antrag für jedes Mitglied

**Name**

**Vorname**

**Straße**

**Geburtsdatum**

**Geschlecht**

männl.  weibl.

**PLZ**

**Ort**

**Eintrittsdatum**

01. \_\_\_\_\_

**Telefon**

**E-Mail**

**Staatsangehörigkeit**

**Mitgliedsart**

Aktiv  fördernd

Ist bereits ein Familienmitglied beim FC Schmalenbeck Mitglied? Ja  Nein

Wenn ja, wer?

**Gewünschte Sportart(en) ankreuzen:**

Fußball

Fußballkindergarten (3-4 Jahre)

G-Jugend (5-6 Jahre)

F-Jugend (7-8 Jahre)

E-Jugend (9-10 Jahre)

D-Jugend (11-12 Jahre)

**Satzung und Beitragsverpflichtung werden anerkannt. Die Beitragszahlung erfolgt ausschließlich über das Lastschriftverfahren. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die von mir gemachten Angaben in der vereinseigenen EDV gem. Bundesdatenschutzgesetz für Zwecke des Vereins gespeichert und ausgewertet werden können. Mit der Unterschrift erklären wir uns als gesetzl. Vertreter bereit, für Forderungen des Vereins aus der Mitgliedschaft einzutreten.**

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des  
Antragstellers**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des/der  
Erziehungsberechtigten**

Die Einzugsermächtigung wird mit dem beigefügten Vordruck „Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats“ erteilt.

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Für das aufzunehmende Mitglied:

Name

Vorname

**Name des Zahlungsempfängers:** FC Schmalenbeck United 2016 e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers:**

**Straße und Hausnummer:**

Kortenkamp 6a

**PLZ und Ort:**

22927 Großhansdorf

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

**DE96ZZZ00001925922**

**Mandatsreferenz (vom FC Schmalenbeck auszufüllen):**

(identisch mit der noch zu vergebenden Mitgliedsnummer)

**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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

**Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung**

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

**Straße und Hausnummer:**

**Postleitzahl und Ort:**

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

**DE**

**BIC (8 oder 11 Stellen)**

---

Datum

Ort

Unterschrift des/der  
Zahlungspflichtigen  
(Kontoinhaber)