

# SPORTVEREIN GREIMERATH E.V.

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Die Mitgliedschaft beginnt am:
Straße:	
Postleitzahl:	Ort:
Telefonnummer:	Mobiltelefon:
e-mail Adresse:	

## WEITERE MITGLIEDER (FAMILIENBEITRAG)

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:

Ort, Datum:

Unterschrift:

## JAHRESBEITRÄGE

Aktive Erwachsene:	60 EUR <input type="checkbox"/>	Kinder und Jugendliche:	42 EUR <input type="checkbox"/>
Inaktive:	36 EUR <input type="checkbox"/>	Rentner:	36 EUR <input type="checkbox"/>
Schüler/Azubis/Studenten:	36 EUR <input type="checkbox"/>	Familienbeitrag:	84 EUR <input type="checkbox"/>

## SEPA LASTSCHRIFTMANDAT

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SV Greimerath auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Bank:	
Iban:	
BIC:	

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

## NAME UND ANSCHRIFT DES KONTOINHABERS (FALLS ABWEICHEND VOM MITGLIED)

--

Ort, Datum:

Unterschrift: