

Mitglieds-Nr.

(wird durch den BSV Kickers eingetragen)



BSV KICKERS EMDEN

Mitgliedsantrag

Abteilung

Fußball (aktiv) Tischtennis (aktiv) Passiv-/Fördermitglied

Fußball (Familienmitgliedschaft) Tischtennis (Familienmitgliedschaft)

Bei Familienmitgliedschaft ist für jedes Mitglied ein gesonderter Antrag zu stellen

Name: _____

Vorname: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Wohnort: _____

Geburtstag: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Datum der Anmeldung/Unterschrift des Antragstellers* : _____

Ich erkenne die Satzung vom BSV Kickers Emden e.V., welche auf www.bsv-kickers-emden.de jederzeit einsehbar ist, an. Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung gemäß des Bundesdatenschutzgesetzes der auf dem Mitgliedsantrag enthaltenen Daten für Zwecke des Vereins bin ich einverstanden.

Einwilligung zum Lastschriftverfahren

Hiermit ermächtige ich den BSV Kickers Emden e.V. widerruflich den Mitgliedsbeitrag mittels SEPA-Lastschriftverfahren einzuziehen.

Vierteljährig (zum 1.1., 1.4., 1.7. und 1.10.)

Halbjährig (zum 1.1. und 1.7.) (zum 1.1.)

Kto.-Inhaber: _____

Kto.-Nr.: _____

BLZ: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Bank: _____

Datum, Unterschrift

Derzeitige monatliche Beiträge

Kinder/Jugendliche bis 17 Jahre 6,00 €

Erwachsene 10,00 €

Passiv-/Fördermitglied 8,00 €

Familienbeitrag 18,00 €

SEPA-Lastschriftmandat**SEPA Direct Debit Mandate****Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

BSV Kickers Emden e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address:

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Sielweg 10

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

26721 Emden

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE58ZZZ00000876775

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger (BSV Kickers Emden e.V.) auszufüllen)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / von 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor 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.

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. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Zahlungsart / Type of payment: Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment**Name des Zahlungspflichtigen / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontinhaber) / Debtor address**

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Deutschland

IBAN des Zahlungspflichtigen (max 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):**BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt. Note: If the debtor's IBAN begins with DE, the BIC can be omitted.

Ort / Location

Datum(TT/MM/JJJJ) / Date(DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: