

# Aufnahmeantrag zur Mitgliedschaft im Verein



Am Sportplatz 03  
04435 Schkeuditz

Tel.: 034204 / 70 26 79

Fax: 034204 / 70 26 81

e-mail: eintracht\_schkeuditz@t-online.de  
www.eintracht-schkeuditz.de

Name  Vorname

Straße  PLZ/Wohnort

Geburtsdatum  Geburtsort/Land

Telefon  Tätigkeit

eMail

**Welcher Abteilung treten Sie bei ?**

Fußball

Basketball

Badminton

Tischtennis





Beginn der Mitgliedschaft:

**Monatliche Mitgliedsbeiträge**

<p><b>Ermäßigt</b> (Kinder- u. Jugendliche bis 18 Jahre, Auszubildene, Studenten, Behinderte, Rentner und Sozialhilfeempfänger)</p>	<p><b>7,- Euro</b> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>halbjährliche Beitragszahlung</b> <input type="checkbox"/> Lastschrifteinzug zum 31.01. und 31.07. des Jahres</p> <p>oder</p>
<p><b>Erwachsene ab 18 Jahre</b> (Teilnahme am Wettkampfbetrieb)</p>	<p><b>12,- Euro</b> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>jährliche Beitragszahlung</b> <input type="checkbox"/> Lastschrifteinzug zum 31.01. des Jahres</p>
<p><b>Erwachsene ab 18 Jahre</b> (keine Teilnahme am Wettkampfbetrieb)</p>	<p><b>10,- Euro</b> <input type="checkbox"/></p>	<p>Abweichende Zahlungsvarianten sind nur auf gesonderten Antrag des Mitgliedes durch den Vorstand zu bewilligen. Der Lastschrifteinzug des anteiligen Mitgliedsbeitrages bei Neumitgliedern erfolgt zum 3. des Folgemonates nach Aufnahme der Mitgliedschaft.</p>
<p><b>Familienbeitrag</b> (bis 4 Personen)</p>	<p><b>16,- Euro</b> <input type="checkbox"/></p>	

**Hinweise**

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die mir ausgehändigte Satzung und Beitragsordnung des SC Eintracht Schkeuditz e.V. in der jeweils gültigen Fassung vorbehaltlos an.

Eine Kündigung der Mitgliedschaft hat schriftlich zu erfolgen und ist zum Halbjahr (30.06. d.J.) oder am Ende eines Geschäftsjahres (31.12.d.J.) nach der derzeit gültigen Satzung möglich.

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger SC Eintracht Schkeuditz e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger SC Eintracht Schkeuditz e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Gläubiger-ID: DE52ZZZ00000065866

Mandatsreferenz = Mitgliedsnummer

IBAN:  DE  BIC:

**Kreditinstitut:**

<p>Name und Adresse des Zahlungspflichtigen/ falls nicht gleichzeitig Mitglied :</p>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

**Datum und Unterschrift:**

Unterschrift des Antragstellers, bei Jugendlichen unter 18 Jahren Unterschrift der gesetzlichen Vertreter und Unterschrift des Zahlungspflichtigen für die Erteilung des SEPA Lastschriftsmandats