



Strietkamp Sport-Club Phoenix Kisdorf e.V.



Strietkamp 25 – 24629 Kisdorf

Aufnahmeantrag

Datum: _____

(bitte in Druckschrift)

Name*

Vorname*

Straße/Nr.*

PLZ/Wohnort*

Telefon

E-Mail*

Mobil

geb. am*

* Angabe Pflicht

Eintrittsdatum.....

aktiv

Beitrag gem. Beitragsordnung **

passiv

Beitrag gem. Beitragsordnung **

fördernd

Beitrag gem. Beitragsordnung **

Mit dem Aufnahmeantrag stelle ich den Antrag auf Erteilung einer Spielgenehmigung (nur für aktive Mitglieder, bitte digitales Passbild einreichen).

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/ges. Vertreters: _____

** § 4 Beitragsordnung:

Mitgliedsform - Beitragshöhe pro Monat:

- Erwachsene - 21,00 € (23,00 € ab 01.01.2023)
- Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres - 12,00 € (13,50 € ab 01.01.2023)
- Passive Mitglieder - 5,00 €
- Fördernde Mitglieder - bitte eintragen; Minimum 5,00 €
- Ehrenmitglieder - 0,00 €
- Aufnahmegebühr für neue aktive Mitglieder
 - Erwachsene / einmalig - 30,00 €
 - Kinder u. Jugendliche / einmalig - 10,00 €

Bitte unbedingt auch die nachstehende Einzugsermächtigung (SEPA-Mandat) ausfüllen!

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats



Bitte mindestens die nicht grau hinterlegten Bereiche ausfüllen

Name des Zahlungsempfängers:	SSC Phoenix Kisdorf e.V.
<u>Anschrift des Zahlungsempfängers</u>	
Straße und Hausnummer	Strietkamp 25
Postleitzahl und Ort	24629 Kisdorf
Gläubigeridentifikationsnummer:	DE77ZZZ00000527039
Mandatsreferenz:	Wird separat mitgeteilt
Einzugsermächtigung:	Ich ermächtige / Wir ermächtigen den SSC Phoenix Kisdorf e.V. widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.
SEPA-Lastschriftmandat:	Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) SSC Phoenix Kisdorf e.V. widerruflich, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom SSC Phoenix Kisdorf e.V. widerruflich 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 (Mitgliedsbeiträge)
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	
<u>Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):</u>	
Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl und Ort:	
Bankverbindung:	
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):	DE _____
Ort:	Datum:
Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	_____