



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).

Mit der Unterschrift gilt die Satzung des SSC Phoenix Kisdorf e.V. in der jeweils gültigen Fassung als zur Kenntnis genommen und akzeptiert.

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers/ges. Vertreters: _____

** § 4 Beitragsordnung:

Mitgliedsform - Beitragshöhe pro Monat:

- Erwachsene - 23,00 €
- Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres - 13,50 €
- Geschwistertarif bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres - 7,00 €
- 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)	_____