



SC Nahe 08 e.V.
Schwalbenweg 11
23866 Nahe

www.scnahe08.de

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage/n ich/wir die Mitgliedschaft im SC Nahe 08 zum

Antragssteller

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ und Wohnort:

Telefonnummer*: Emailadresse*:

* Angabe freiwillig

Sparte: Handball Dance-Fitness

Hiermit stimme ich zu, dass der Verein meine Telefonnummer / Emailadresse nutzen darf, um mir Informationen zum Vereinsgeschehen mitzuteilen (nicht Zutreffendes bitte streichen)

Monatliche Mitgliedsbeiträge

| | | | |
|---------------------------------------|-----------|------------------------------------|-------------------|
| Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren: | 7,50 EUR | Familienbeitrag (ab 3 Personen): | 25,00 EUR |
| Schüler / Studenten über 18 Jahren: | 10,00 EUR | Passive: | 4,00 EUR |
| Erwachsene: | 15,00 EUR | <u>Aufnahmebeitrag</u> (einmalig): | ein Monatsbeitrag |

Mitgliedschaft wird beantragt für

| Vorname | ggf. abweichender Nachname | Geburtsdatum | passive Mitgliedschaft | Monatsbeitrag |
|--|----------------------------|--------------|--------------------------|---------------|
| | | | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Familienbeitrag gewünscht (ab 3 Personen möglich) | | | | |
| Gesamt (pro Monat) | | | | |

Zahlungstermine: quartalsweise zum 01.01. / 01.04. / 01.07. / 01.10.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung in der gültigen Fassung des SC Nahe 08 e.V. an.

Ort und Datum _____

Unterschrift (bei Jugendlichen unter 18 Jahren durch den Erziehungsberechtigten) _____



SC Nahe 08 e.V.
Schwalbenweg 11
23866 Nahe

www.scnahe08.de

SEPA Lastschriftmandat

Gläubiger- Identifikationsnummer: DE38ZZZ00000794394

(die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt)

Hiermit ermächtige/n ich/wir den SC Nahe 08 e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem SC Nahe 08 e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Entstehende Kosten aus Lastschriftrückrechnungen sind durch mich zu tragen.

Bankname: _____

IBAN: DE _____

BIC: _____

Kontoinhaber: (wenn abweichend vom Antragsteller)

Vor- und Nachname:

Straße:

PLZ und Wohnort:

Dieses SEPA-Lastschriftmandat hat nur unterschrieben Gültigkeit.

_____, Datum _____

Unterschrift des Kontoinhabers