Beitrittserklärung in den SV Gonzerath 1919 e.V. unter:

☐bis 15 Jahre 24€ / Jahr	☐bis 21 Jahre 48€ / Jahr	☐bis 65 Jahre 72€ / Jahr	☐ab 65 Jahre 18€ / Jahr	☐Frauen /Mädchen 18€ / Jahr	☐Paartarif 85€ / Jahr	☐Familienbeitrag 96€ / Jahr

Die Beiträge werden jährlich Mitte März abgebucht. Bitte SEPA Mandat auf der Rückseite ausfüllen.

Abteilung

☐Fußball	☐Twirling	☐Volleyball	☐Breitensport	☐Passiv

Hiermit erkläre ich den Beitritt als Mitglied im SV Gonzerath 1919 e.V.

Name:		Vorname:	
Strasse:		PLZ / Ort:	
Geb.-Dat.:		Mail:	
Festnetz:		Mobil:	

Für unten aufgeführte Personen beantrage ich ebenfalls die Mitgliedschaft (Familienbeitrag):

Name:		Vorname:		Geb.-Dat.:	
Name:		Vorname:		Geb.-Dat.:	
Name:		Vorname:		Geb.-Dat.:	
Name:		Vorname:		Geb.-Dat.:	

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des SV Gonzerath 1919 e.V. an, ferner bin ich damit einverstanden, dass meine Mitgliedsdaten per EDV gespeichert werden.
Die Mitgliedschaft im Verein erlischt durch Tod, Ausschluss aus dem Verein und freiwilligen Austritt.
Die Austrittserklärung ist schriftlich (auch per Mail) an unten genannte Adresse zu richten.
Die gespeicherten Daten werden dann gelöscht.

Ort, Datum Unterschrift (bei minderjährigen Erziehungsberechtigter)

Da ein aktives Vereinsleben nur durch das Mitwirken der Mitglieder beibehalten werden kann, bitten wir Sie die folgenden Fragen zu beantworten. Diese Angaben sind freiwillig:

Welche Erwartungen / Wünsche, stellen Sie an unseren Verein:

Bei welchen Aufgaben würden Sie uns auf Anfrage aktiv unterstützen:

☐Jugendarbeit	☐Thekendienste im Sportlerheim	☐Hilfe bei Veranstaltungen	☐Arbeiten an der Sportanlage

SEPA Lastschriftmandat

SV Gonzerath 1919 e.V. – Ringstr. 24 – 54497 Morbach

Gläubiger-Identifikationsnummer:	**DE44ZZZ00000934063**
Mandatsreferenz:	**Wird separat mitgeteilt**
Zahlungsart:	**Wiederkehrende Zahlung**

Ich ermächtige den SV Gonzerath 1919 e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SV Gonzerath 1919 e.V. auf meinem 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.

Kontoinhaber (Vorname und Nachname)

IBAN

BIC (8 oder 11 Stellen) nicht zwingend erforderlich

Datum **Ort**

Unterschrift