

Eintrittserklärung



Hiermit erkläre ich den Beitritt zum

Fußballclub Wörrstadt e. V.

An der Hospitalmühle 7, 55286 Wörrstadt

Abteilung: Fußball, Behindertensport, Legends, Minis (hier bitte auch den Erziehungsberechtigten eintragen) (*) **bitte eintragen**

Name	Vorname	Geburtsdatum	Abteilung (*)

Adressdaten **Straße:** _____ **Tel.:** _____

E-Mail: _____

PLZ.: _____ **Ort:** _____

Beitragsregelung: ab dem 19.11.2022

Jahresbeitrag (bitte ankreuzen)

	Inaktiv	Aktiv
Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, behinderte Menschen und Rentner ab dem 65. Lebensjahr		48,00 € 4,00 € / Monat
Erwachsene ab dem 18. Lebensjahr	42,00 € 3,50 € / Monat	72,00 € 6,00 € / Monat
Familienbeitrag (2 Erw. + 1 Kind oder 1 Erw. + 2 Kinder)	63,00 € 5,25 € / Monat	144,00 € 12,00 € / Monat

SEPA Lastschriftmandat

Fußballclub Wörrstadt e. V., An der Hospitalmühle 7, 55286 Wörrstadt

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE75FCW00000074958

Mandatsreferenz: wird gesondert mitgeteilt

Ich ermächtige den Fußballclub Wörrstadt e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Fußballclub Wörrstadt e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

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

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

BIC: _ _ _ _ _

IBAN: DE _ _ | _ _ _ | _ _ _ | _ _ _ | _ _ _

Datum, Ort und Unterschrift

Beendigung der Mitgliedschaft: Der freiwillige Austritt ist nur zum 1. Jan. und 1. Juli möglich, wobei eine Kündigungsfrist von 6 Wochen einzuhalten ist.