

Beitrittserklärung für Freizeitbowler/innen



Ich bitte um Aufnahme in die FBV'79 e. V. zum nächsten ersten des Monats.

Die Mitgliedschaft in der FBV'79 e.V. ist eine Einzelmitgliedschaft. Aus- und Eintritte in andere Clubs berühren die Mitgliedschaft nicht.

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

PERSONENDATEN

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ Nr.: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Telefon: _____ Mobiltelefon: _____
E-Mail: _____
Geburtsdatum: _____ Mitgliedsnummer: _____
(wird vom Verein vergeben)
Eintritt (Datum): 01. _____ Hausbahn: _____

Andere Vereine/Verbände

Ich bin Mitglied in weiteren Bowlingverbänden/Vereinen: DBU DBV BSV Sonstige

aktueller Schnitt: _____

MITGLIEDSBEITRAG (Jahresbeitrag)

- | | |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Erwachsene | 36,00 € |
| <input type="checkbox"/> Jugendliche bis 18 Jahre | 6,00 € |
| <input type="checkbox"/> Studenten, Wehrdienstleistende und Auszubildende mit Nachweis
(bis einschließlich 27.Lebensjahr) | 6,00 € |
| <input type="checkbox"/> Aufnahmegebühr | 2,50 € |
| <input type="checkbox"/> Wiederaufnahmegebühr | 5,00 € |
| <input type="checkbox"/> Kinder bis zum 8. Lebensjahr sind beitragsfrei
(es wird nur die Aufnahmegebühr erhoben) | 0,00 € |

Grundlage der Mitgliedschaft ist die Vereinssatzung, welche ich mit meiner Unterschrift anerkenne.

Datenschutzhinweis:

Sämtliche im Mitgliedsantrag angegebenen Daten werden von der FBV 1979 e.V. elektronisch gespeichert und ausschließlich für den internen Gebrauch verwendet.

UNTERSCHRIFT

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen:

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger: FBV´79 e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE27ZZZ00000481670

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer
(werden vom Verein vergeben)

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die FBV´79 e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, von der FBV´79 e.V. auf mein 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name des Kontoinhabers: _____

Straße und Nr.: _____

PLZ und Ort: _____

IBAN: **DE** _____ BIC: _____

Name des Kreditinstituts: _____

UNTERSCHRIFT

Ort, Datum: _____

Unterschrift Kontoinhaber:

Kontoinhaber (Druckbuchstaben):