

# Mitgliedsantrag

## Sportverein Bad Düben e.V.



1. Antrag auf Mitgliedschaft
2. Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme als Mitglied des SV Bad Düben e.V. Mit dem Eintritt in den Sportverein Bad Düben e.V., erkenne ich die Satzung und Ordnungen des Sportvereines an. Die Satzung sowie die Finanz- und Beitragsordnung befindet sich im weiteren Verlauf dieses Antrages.

### Angaben zum Mitglied

Name	
Vorname	
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Geburtsdatum	
Telefon	
E-Mailadresse	

Bei Minderjährigen ist die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten erforderlich.

### Aufnahme in folgende Abteilung(en):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Angeln                    | <input type="checkbox"/> Fechten           |
| <input type="checkbox"/> Badminton                 | <input type="checkbox"/> Leichtathletik    |
| <input type="checkbox"/> Basketball                | <input type="checkbox"/> Orientierungslauf |
| <input type="checkbox"/> Breiten-/Integrationsport | <input type="checkbox"/> Taekwondo / HDGD  |
| <input type="checkbox"/> Frauensport               | <input type="checkbox"/> Volleyball        |

### Für die Richtigkeit der Angaben:

--	--	--

Ort, Datum

Unterschrift

ggf. Name Erziehungsberechtigter



## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

### Name des Zahlungsempfängers

Sportverein Bad Düben e.V.

### Anschrift des Zahlungsempfängers

Postfach: 1116, 04847 Bad Düben

### Gläubiger-Identifikationsnummer

IBAN: DE23860955540070504731

Bank: Volksbank Delitzsch e.G.

BIC: GENODEF1DZ1

### Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

-wird separat mitgeteilt-

### Einzugsermächtigung

Ich/Wir ermächtige/n den Zahlungsempfänger Sportverein Bad Düben e.V. widerruflich, die von mir/von uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/ unserem Konto einzuziehen.

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige/n den Zahlungsempfänger Sportverein Bad Düben e.V. Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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:

Name, Vorname

Anschrift

IBAN (max. 22 Stellen)

BIC

--	--

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber