

# Förderverein Sport Wiegerson e. V.

Sitz des Vereins: Ursula Hupe, 1. Vorsitzende, Kirchweg 6, 21644 Sauensiek-Wiegerson

Bank: Kreissparkasse Stade BIC: NOLADE21STK IBAN: DE28 2415 1116 0000 2525 10

## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich unter Anerkennung der Vereinssatzung die Mitgliedschaft im **"Förderverein Sport Wiegerson e.V."**. Die Vereinssatzung liegt bei der 1.Vorsitzenden zur Einsicht aus.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Sportgruppe \_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_ Mandatsreferenz \_\_\_\_\_ (werden vom Verein vergeben)

Weitere Personen im Rahmen der Familienmitgliedschaft:

Name	Vorname	Geb.-Datum	Sportgruppe

**Aufnahme**

- Familienmitgliedschaft 65,00 € / Jahr
- Alleinerziehende mit Kind/-ern 40,00 € / Jahr
- Einzelpersonen 32,00 € / Jahr
- Kinder u. Jugendliche (bis 18 J.) 20,00 € / Jahr

**Fördermitgliedschaft**

Hiermit erkläre ich mich bereit, den "Förderverein Sport Wiegerson e.V." jährlich mit einer Spende von \_\_\_\_\_ € (Mindestbetrag 15,00 €) zu unterstützen.

Datum \_\_\_\_\_

**1. Unterschrift** (Bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters)

Die Kündigung der Mitgliedschaft ist mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende möglich und sie hat schriftlich an den Vorstand zu erfolgen. Die Jahresbeiträge sind nach Vereinsbeitritt und in den Folgejahren zu Beginn des Kalenderjahres fällig.- Mir ist bekannt, dass die Beitragszahlung ausschließlich durch ein SEPA-Lastschriftsmandat erfolgt.

### Erteilung eines SEPA-Lastschriftsmandats zum wiederkehrenden Einzug des Mitgliedsbeitrags

**BIC** \_\_\_\_\_ **IBAN** \_\_\_\_\_

**Kreditinstitut** \_\_\_\_\_

Ich ermächtige den "Förderverein Sport Wiegerson e.V." Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meine Bank an, die vom "Förderverein Sport Wiegerson e.V." (Gläubiger-ID: DE92ZZZ00000490685) 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.

Der Beitragseinzug erfolgt jährlich im Monat März.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Name Kontoinhaber \_\_\_\_\_

**2. Unterschrift** Kontoinhaber \_\_\_\_\_