Sportverein Mehrenkamp von 1924 e. V.

Fußball – Gymnastik – Reha-Sport – Tanz-Sport

www.svmehrenkamp.de

Aufnahmeantrag Mitgliedschaft

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geb.-Dat.** _____

Straße: _____ **PLZ:** _____ **Ort:** _____

Telefon: _____ **E-Mail:** _____,

beantragt die Aufnahme als Mitglied in den SV Mehrenkamp von 1924 e. V.

Die Satzung und die Beitragsordnung des SV Mehrenkamp (einzusehen auf der Homepage (www.svmehrenkamp.de) erkenne ich an. Ich bin damit einverstanden, dass die von mir gemachten Daten in der Mitgliederverwaltung elektronisch gespeichert und Kontaktdaten sowie Fotos auf der Homepage des SV Mehrenkamp veröffentlicht werden dürfen.

Beitrag (Auszug aus der Beitragsordnung)

☐ E+F-Jugend	15,00	EUR	☐ Familienbeitrag (mind. 3 Pers.)	80,00	EUR
☐ Jugendliche bis 18 Jahre	25,00	EUR	☐ Mitglied Familie _____		
☐ Schüler/Studenten/Auszubildende	25,00	EUR	☐ Reha-Sport	30,00	EUR
☐ Fußball aktiv	50,00	EUR	☐ Reha-Sport Zusatzbeitrag	40,00	EUR
☐ Mitglied passiv	30,00	EUR	☐ Tanz-Sport	50,00	EUR
☐ Gymnastik	40,00	EUR	☐ Tanz-Sport Zusatzbeitrag	40,00	EUR

Eintrittsdatum: _____ Unterschrift: _____

(bei Minderjährigen Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

Pre-Notification (Vorabinformation)
Erstmaliger Einzug des Beitrages erfolgt am: _____ (wird vom Kassenwart ausgefüllt)
Der Folgebeitrag wird jeweils zum 01.03. eines Jahres eingezogen.
Wir bitten Sie, für Kontodeckung zu sorgen.

Sportverein Mehrenkamp von 1924 e. V., Schwaneburger Str. 31a, 26169 Friesoythe
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE44ZZZ00000293669
Mandatsreferenz: _ _ _ _ _ (wird vom Kassenwart ausgefüllt)

SEPA-Basis-Lastschriftmandat für wiederkehrende Lastschriften

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Sportverein Mehrenkamp von 1924 e. V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom Sportverein Mehrenkamp von 1924 e. V. 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.

_____ _____
Vorname und Name (Kontoinhaber) **Straße und Hausnummer**

_____ _____
Postleitzahl und Ort **Kreditinstitut (Name)**

_ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ **D E** _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _
BIC **IBAN**

_____ _____
Ort, Datum **Unterschrift Kontoinhaber**

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von _____
Vorname und Name (Mitglied)

Kopie an Kontoinhaber ausgehändigt am: _____ durch: _____

Vorsitzender	Stellvertreter	Stellvertreter	Schriftführer	Kassenwart	Fußballobmann	Jugendobmann	Beisitzer	Beisitzer
Bernd Norenbrock	Maria Eilers	Martin Steffen	E. Quatmann-Roth	Wilhelm Poschmann	Karsten Ording	Oliver Böckmann	Thomas Meerjans	Björn Eilers
Knapper Weg 7	Malvenstr. 10	Malvenstr. 29	Barßeler Str. 52	Schwaneb. Str. 31a	Sieben Provinzen 10	Apfelgärten 3	Pehmert.- Str. 3	Barßeler Str. 5
26169 Friesoythe	26169 Friesoythe	26169 Friesoythe	26169 Friesoythe	26169 Friesoythe	26169 Friesoythe	26169 Friesoythe	26169 Friesoythe	26169 Friesoythe
Tel. 04491/2368	Tel. 04491/933612	Tel. 04491/4256	Tel. 04491/919369	Tel. 04491/3403	Tel. 01752424112	Tel. 04491/3581	Tel. 04491/921103	04491/4594