



## Aufnahmeantrag

Ich beantrage die aktive / passive Mitgliedschaft im SV Kraft Eberswalde e.V.

Aktiv

Passiv

Eintrittsdatum: ..... (tt.mm.jjjj)

### Angaben zur Person

Name\*: ..... Vorname\*: ..... Geburtsdatum\*: .....

Straße / Hausnummer\*: .....

PLZ / Wohnort\*: .....

Telefon: ..... Mobil: ..... E-Mail: \* .....

*\*Pflichtangaben*

### Erklärung:

1. Die Satzung und die Ordnung des Vereins sind mir bekannt. Ich verpflichte mich diese einzuhalten (Satzung ist im Verein, Heegermühler Str. 64 einzusehen). Die Kündigung der Mitgliedschaft ist nur jährlich zum
2. 30. November möglich.
3. 30 Euro Monatlicher Beitrag
4. 15 Euro Zugang, einmalig
5. 10 Euro Gebühr bei jeder Rückbuchung des Beitrages (wird im Dez jeden Jahres per Gesamtsumme, eingezogen)
6. 5 Euro (einmalige Aufnahmegebühr)
7. Onlineanträge werden durch den Vorstand geprüft und separat genehmigt
8. Jedes Mitglied ist verantwortlich, seine Daten dem Verein immer aktuell zu halten.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

SV Kraft Eberswalde e.V.

Heegermühler Str.64 | 16227 Eberswalde | Deutschland

**D E 3 0 Z Z Z 0 0 0 0 1 8 8 9 1 8 3**

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

**X**

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

type of payment:

recurrent payment

Zahlungsart:

Einmalige Zahlung

type of payment:

one-off payment

**SV Kraft Eberswalde e.V.**

**Heegermühler Str.64**

**16227 Eberswalde**

**Deutschland**

**3 1 1 1 2 0 1 5**

Eindeutige Mandatsreferenz - Wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt / unique mandate reference - to be completed by the creditor

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / debtor name

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Straße und Hausnummer / debtor street and number

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): PLZ und Ort / debtor postal code and city

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Land / debtor country

IBAN des Zahlungspflichtigen / debtor IBAN

BIC des Zahlungspflichtigen / debtor SWIFT BIC

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Zahlungsempfänger SV Kraft Eberswalde e.V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von SV Kraft Eberswalde e.V. auf mein (unsere) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

By signing this mandate form, I (we) authorise the creditor SV Kraft Eberswalde e.V. to send instructions to my (our) bank to debit my (our) account and my (our) bank to debit my (our) account in accordance with the instructions from the creditor SV Kraft Eberswalde e.V..

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.

Note: I can (we can), within eight weeks, starting with the date of the debit request, demand a refund of the amount charged. The terms and conditions agreed upon with my (our) financial institution apply.

Ort / location

Datum / date

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / signature(s) of the debtor

Informationen zu SEPA-Mandaten: [www.sepa-mandat.de](http://www.sepa-mandat.de) / informations about sepa-mandate: [www.sepa-mandate.de](http://www.sepa-mandate.de)

Verantwortlich für die Verwendung dieses Formulars ist ausschließlich der Zahlungsempfänger SV Kraft Eberswalde e.V., 16227 Eberswalde