

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft im RSV Speiche e. V., beginnend ab dem 01. ____ . 20____.

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ / Ort: _____
geboren: _____ Geburtsort: _____
Beruf: _____ Telefon: _____
Fax: _____ e-mail: _____

Schwerpunktsportart (Mehrfachnennung möglich!): Radrennsport
 Triathlon

Ich bin einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag jeweils im Januar durch Lastschrift von unten angegebenem Konto eingezogen wird.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt: **100,00 € für Erwachsene**
(zutreffendes ankreuzen) **80,00 € für Kinder/Jugendliche (bis 18 Jahre)**
 40,00 € für Familienmitglieder (Ehepartner o. Lizenz)
 20,00 € für Fördermitglieder (passive Mitgliedschaft)

Gleichzeitig wird mit dem ersten Mitgliedsbeitrag für ordentliche Mitglieder (Erwachsen/Kinder) eine einmalige Aufnahmegebühr in Höhe von:

20,00 € für Erwachsene
10,00 € für Kinder/Jugendliche (bis 18 Jahre)

erhoben.

Beitragszahlung:

Die Beitragszahlung erfolgt per Bankeinzug 1x jährlich im ersten Quartal des jeweiligen Beitragsjahres. Bei unterjährigem Eintritt erfolgt der Bankeinzug zeitnah nach Bestätigung der Mitgliedschaft für den anteiligen Jahresbeitrag und die entsprechende Aufnahmegebühr.

Bitte Einzugsermächtigung auf der Rückseite beachten →

Ort/Datum

Unterschrift Mitglied / gesetzl. Vertreter

Antrag angenommen am:

Unterschrift Vorstand / Kassenwart:

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

RSV Speiche e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers
Straße und Hausnummer:

Dieskaustraße 160

Postleitzahl und Ort:

04249 Leipzig

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE74ZZZ00000831479

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

|

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichten den Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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:
 Wiederkehrende Zahlung

 Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)
Straße und Hausnummer:
Postleitzahl und Ort:
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

DE

BIC (8 oder 11 Stellen):

DE

Ort:
Datum (TT/MM/JJJJ):
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

manuell

 01 KI (Fassung Aug. 2010) - (V1)
 Sparkassenvertrag
 rechtlich geschützt