

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:
(zutreffendes ankreuzen)

- 80,00 € für Erwachsene**
 60,00 € 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 € Erwachsene**
10,00 € Ki/Jgdl. (bis 18 Jahre) und Fördermitglieder

erhoben.

Beitragszahlung:

Die Beitragszahlung erfolgt per Bankeinzug 1x jährlich im Februar bzw. anteilig für das laufende Kalenderjahr je nach Vereinseintritt.

→ Einzugsermächtigung – siehe Rückseite!

Ort / Datum

Unterschrift (bei Kindern bis 14. Lebensjahr 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:

DE74ZZZZ00000831479

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):**

| D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

| D E

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