

Mitgliedsnummer: _____ (wird vom Verein
vergeben)



Beitrittserklärung SV Molzhain e.V.

Hiermit erkläre ich ab dem (01. des Folgemonats) _____ meinen Eintritt als

Mitglied im SV Molzhain e.V., Oberbergstr. 27, 57520 Molzhain

Name _____ Vorname _____

Geb. Datum _____ Straße _____

PLZ _____ Wohnort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Erklärung zu den Optionen:

Als Jugendspieler/in ist/sind Euer Sohn bzw. Tochter in der JSG Gebhardshainer Land aktiv und muss als Spieler/in versichert sein. Diese tritt allerdings nur in Kraft, wenn er/sie auch Mitglied im Verein ist.

Leider ist das in der Vergangenheit nicht berücksichtigt worden. Deshalb passen wir uns den Vereinen in der Umgebung an und bieten verschiedene Möglichkeiten an, um Euer Kind im Sportverein anzumelden:

Option A)

Aufnahme Eures Kindes im Sportverein als Alleinmitglied => Kostenpunkt Euro 3,00 / Monat

Option B)

Aufnahme Eines Elternteils im Sportverein unter welchem dann auch das Kind (bis 18 Jahre) mitversichert ist => Kostenpunkt Euro 5,00 / Monat

Vorteil der Option B: Ein Elternteil ist verschiedene Veranstaltungen (z.B. Fahrradtour / Wanderung / Alte Herrn Training / etc.) ebenfalls versichert.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an. Bitte folgend die Option ankreuzen:

- EUR 3,00 Monat = Jahresbeitrag EUR 36,00 für einen Jugendspieler
- Euro 5,00 Monat = Jahresbeitrag EUR 60,00 für Eines Elternteils inkl. des / der Jugendspieler

Name Elternteil: _____

Name Jugendspieler/in: _____

Datum / Ort Unterschrift des Mitglieds (der/des gesetzlichen Vertreter/s)

Erteilung des SEPA – Lastschriftmandats

Gläubiger _ Identifikationsnummer des Vereins : DE80 5736 1476 0000 1054 51

Mandatsreferenz _____ (Mitglied)

Ich ermächtige des SV Molzhain e.V., 57520 Molzhain, Zahlung widerkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Verein auf mein Konto gezogenen Lastschrift einzulösen.

Der Mitgliedsbeitrag wird als **Halbjahres/Jahresbeitrag** am **(01.06./01.01.)**

– bitte die **nicht gewünschte** Option streichen) jeden Jahres fällig.

Hinweis: ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnen mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut _____ BIC _____

IBAN _____

Kontoinhaber _____

Datum / Ort Unterschrift des Kontoinhabers