



1.FFC Bergisch Gladbach 2009 e.V.

Frauen Fussball

Geschäftsstelle : Stöcken 22
51503 Rösrath

Email: 1.FFCBG09@gmx.de

www.ffcbergischgladbach.de

AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den 1.FFC Bergisch Gladbach 2009 e.V. zum 1. _____ 20 _____

Frauen Fussballabteilung

Inaktives Mitglied

Förderndes Mitglied

Angaben zur Person:

Bitte deutlich lesbar ausfüllen

Familienname _____

Vorname _____

Str./Hausnummer _____

PLZ _____

Ort _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

E-Mail Adresse : _____

Mobil _____

Datum und Unterschrift (bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters)

Die Aufnahmegebühr beträgt einmalig für alle Mitglieder 15,00 EUR

Der jährliche Beitrag beträgt :

_____ Fussball Juniorin : 120,00 EUR

_____ Fussball Seniorin : 180,00 EUR

_____ Fördermitglied : 70,00 EUR

_____ Inaktives Mitglied : 120,00 EUR

Datum und Unterschrift (bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters)

Dieser Aufnahmeantrag ist nur in Verbindung mit der unterschriebenen Sepa Basislastschrift gültig

Hinweise :

Ein Austritt aus dem Verein muss schriftlich erklärt werden, und ist satzungsgemäß mit einer Frist von einem Monat zum Halbjahresende möglich. Zu viel gezahlter Vereinsbeitrag wird ohne gesonderte Aufforderung zurück erstattet. Es gilt immer die aktuelle Vereinssatzung, die jederzeit in der Geschäftsstelle oder online eingesehen werden kann

Bankgebühren für Rücklasten, die nicht von 1.FFC Berg.Gladbach 2009 e.V. verschuldet wurden, werden dem jeweiligen Mitglied zzgl. einer Bearbeitungsgebühr in Höhe von 5 EUR weiterbelastet

Bergisch Gladbach, den _____

Datum und Unterschrift (bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters)

1.FFC Bergisch Gladbach 2009 e.V.

Stöcken 22
51503 Rösrath

E-Mail: 1.ffcbg09@gmx.de
Homepage: www.ffcbergischgladbach.de



SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ausfertigung für den Zahlungspflichtiger

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Monatliche Zahlung (1.Werktag im Monat)<input type="radio"/> Vierteljährliche Zahlung (1.Werktag im Quartal)<input type="radio"/> Halbjährliche Zahlung (1.Werktag im Juli/Januar)<input type="radio"/> Jährliche Zahlung (1.Werktag im Juli)
--	--

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

DE21ZZZ00001011107

[Mandatsreferenz]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC1

IBAN

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

1.FFC Bergisch Gladbach 2009 e.V.

Stöcken 22
51503 Rösrath

E-Mail: 1.ffcbg09@gmx.de
Homepage: www.ffcbergischgladbach.de



Ausfertigung für den Zahlungsempfänger

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Monatliche Zahlung (1.Werhtag im Monat)<input type="radio"/> Vierteljährliche Zahlung (1.Werhtag im Quartal)<input type="radio"/> Halbjährliche Zahlung (1.Werhtag im Juli/Januar)<input type="radio"/> Jährliche Zahlung (1.Werhtag im Juli)
--	--

<small>[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]</small> DE21ZZZ00001011107	<small>[Mandatsreferenz]</small>
--	----------------------------------

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

<small>BIC¹</small>	<small>IBAN</small> DE
--------------------------------	----------------------------------

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

<small>Ort, Datum</small>	<small>Unterschrift (Zahlungspflichtiger)</small>
---------------------------	---