



Aufnahme-Antrag des FC Bad Wörishofen

Seite 1

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft beim FC Bad Wörishofen e.V.

ACHTUNG! Die Rückseite ist vollständig auszufüllen!!!

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Mitgliedsart (bitte ankreuzen):

Familie (120 € jährlich)

Jugendliche (60 € jährlich)

Erwachsene (80 € jährlich)

Rentner ab 65 (50 € jährlich)

Name, Vorname und Geburtsdatum weiterer Familienmitglieder

(nur angeben, wenn Familienmitgliedschaft gewünscht!):

- Mit einer Bildveröffentlichung sowie meiner Namensnennung (durch FC Bad Wörishofen und JFG Wertachtal) in den Medien bin ich einverstanden.
- Hiermit erkläre ich mich mit der derzeit gültigen Satzung einverstanden.
- Wir verwenden Ihre E-Mail-Adresse ausschließlich zur Versendung von vereinsnachrichten und vereinsbezogenen Informationen im Rahmen des Datenschutzrechts der Bundesrepublik Deutschland.
- Der Jahresbeitrag ist unabhängig von der Teilnahme zu entrichten.
- **Die Kündigung der Mitgliedschaft (schriftlich) ist laut unserer Satzung nur zum Jahresende möglich. Sie wird von uns nicht schriftlich bestätigt.**

Bad Wörishofen, den _____

Unterschrift
(bei Minderjährigen die Erziehungsberechtigten)





Aufnahme-Antrag des FC Bad Wörishofen

Seite 2

SEPA-Lastschriftmandat

(für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren)

Wiederkehrende Zahlungen

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

FC Bad Wörishofen e.V.

Karl-Benz-Str. 21

86825 Bad Wörishofen

Hinweis:

Der FCW-Beitrag wird normalerweise im März oder April eines jeden Jahres eingezogen!

Bei Neuanträgen erfolgt die **erste** Abbuchung spätestens 4 Wochen nach Eintritt!

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE39ZZZ00001260170

Die Mandatsreferenz entspricht Ihrer Mitgliedsnummer.

SPEA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) den FC Bad Wörishofen e.V., Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die vom FC Bad Wörishofen e.V. 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 (Vorname, Name): _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: DE _____

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis: BIC und IBAN siehe Rückseite Bankkarte oder Kontoauszug

Änderungen sind umgehend mitzuteilen! Per Email: vorstand@fcbw.de

