

# Förderverein FC Schwarzenfeld e. V. Handballsport

## Beitrittserklärung



Mandatsreferenznummer \_\_\_\_\_  
**Name** \_\_\_\_\_ **Vorname** \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

*weitere Mitglieder (nur auszufüllen bei Familienmitgliedschaft)*

**Name** \_\_\_\_\_ **Vorname** \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_  
**Name** \_\_\_\_\_ **Vorname** \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

Ich erkläre hiermit meinen/ unseren Beitritt zum **Förderverein FC Schwarzenfeld Abteilung Handball**

Der Jahresbeitrag beträgt 12.- € für Einzelpersonen , für Familien 30 .-€,  
die Abbuchung erfolgt zum 05.Mai des laufenden Jahres

Schwarzenfeld, den \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitglieds

## SEPA Lastschriftverfahren

Gläubiger-ID-Nr \_\_\_\_\_  
Zahlungsempfänger Förderverein FC Schwarzenfeld e.V. Handballsport  
Zahlungspflichtiger/ Kontoinhaber \_\_\_\_\_  
IBAN Zahlungspflichtiger \_\_\_\_\_  
BIC \_\_\_\_\_

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.  
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein Konto gezogene  
Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages  
verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Schwarzenfeld, den \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Zahlungspflichtigen ( Kontoinhabers)