

Eissportverein 1987 e.V. Coburg

Geschäftsstelle

Melchior-Franck-Str. 16
96450 Coburg

info@eissportverein-coburg.de

An
Eissportverein 1987 e.V. Coburg
Herrn Kamill Wolny
Melchior-Franck-Str. 16
96450 Coburg

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Eissportverein Coburg:

1. Persönliche Angaben

Familienname: _____ Vorname: _____
Straße, Haus-Nr.: _____ PLZ, Ort: _____
Geburtstag: _____
Telefonnummer: _____ Mobil: _____
E-Mail Adresse: _____ Eintritt ab: _____
Art der Mitgliedschaft: aktiv passiv
Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____
(bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

2. Bankeinzugsermächtigung / SEPA Basis-Lastschriftmandat

siehe Folgeseite

3. Jahresbeiträge

- | | |
|--|--------|
| <input type="checkbox"/> Schüler bis einschließlich 13 Jahre | 12,- € |
| <input type="checkbox"/> Jugendliche bis einschl. 17 Jahre | 25,- € |
| <input type="checkbox"/> Ermäßigte: Auszubildende, Studenten, Frührentner,
Senioren (ab 65 Jahre), Wehrpflichtige, passive Mitglieder | 30,- € |
| <input type="checkbox"/> Erwachsene (18 bis 65 Jahre) | 50,- € |
| <input type="checkbox"/> Familien | 96,- € |

Formular bitte unterschreiben und an oben stehende Adresse senden, per E-Mail an
info@eissportverein-coburg.de oder einfach zum Training mitbringen.



Eissportverein 1987 e.V. Coburg

Geschäftsstelle

Melchior-Franck-Str. 16
96450 Coburg

BEITRITTSERKLÄRUNG

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/ Recurrent Payments

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)] DE53ZZZ00000261012	[Mandatsreferenz (wird vergeben – nicht auszufüllen)]
---	---

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers] Eissportverein Coburg 1987 e. V.
--

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

[Name des Zahlungsempfängers] Eissportverein Coburg 1987 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 /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC ¹	IBAN DE
------------------	-------------------

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

Ort, Datum	Unterschrift (Zahlungspflichtiger)
------------	------------------------------------