



## Beitrittserklärung

Ich möchte Mitglied im Sportverein Gramzower VfB e.V. werden

und erkenne die Satzung, die Beitragsordnung und die Datenschutzordnung des Vereins an.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Zusätzlich spende ich einmalig / jährlich \_\_\_\_\_ € . (gilt für Fußballer/in)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Den im Voraus zu zahlenden Mitgliedsbeitrag (bitte ankreuzen)

**36,00€ - für passive Vereinsmitglieder**

**50,00€ - für Kinder / Jugendliche (bis 18 Jahre)**

**90,00€ - für Erwachsene**

**150,00€ - für Familienmitgliedschaft**

### Familienmitgliedschaft:

Eine Familienmitgliedschaft besteht aus mindestens 3 Familienmitglieder (Verwandschaft ersten Grades), die **aktiv** am Vereinssport teilnehmen. Bis Vollendung des 18. Lebensjahres können die Kinder / Jugendlichen in einer Familienmitgliedschaft enthalten sein (Schüler / Studenten bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres). Ab der Vollendung des 18. Lebensjahres muss das Mitglied eigenständig den Mitgliedsbeitrag (von 90,00€) bezahlen.

Wichtig ist, dass uns von jedem Familienmitglied der Name, Vorname und das Geburtsdatum vorliegt, da alle Mitglieder individuell erfasst werden.

### Familienmitglieder die aktive am Vereinssport teilnehmen:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

# SEPA-Lastschriftmandat

Name, Vorname des Mitgliedes: \_\_\_\_\_

**Name des Zahlungsempfänger :** Gramzower VfB e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers:**

Gramzower VfB e.V.

Poststraße 27

17291 Gramzow

**Gläubigeridentifikationsnummer :** DE49ZZZ00000972191

Mandatsreferenznummer: (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

\_\_\_\_\_

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Gramzower VfB e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Gramzower VfB 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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit einem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Höhe des Betrages :** \_\_\_\_\_ EUR

**Zahlungsart:**

Wiederkehrende Zahlung       Einmalige Zahlung

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) :**

\_\_\_\_\_ (Name, Vorname)

**Anschrift des Zahlungspflichtigen:**

\_\_\_\_\_ (Straße und Hausnummer)

\_\_\_\_\_ (Postleitzahl und Ort )

IBAN : \_\_\_\_\_

BIC : \_\_\_\_\_

Ort, Datum : \_\_\_\_\_      Unterschrift: \_\_\_\_\_