**Beitrittserklärung** zum **WSC** **W**inter **S**port **C**lub Oberes Schlichemtal e.V.:

**Art der Mitgliedschaft** (bitte ankreuzen) **Alter Gültiger Jahresbeitrag**

 Einzelmitglied Kinder bis 14 Jahre 6 €

 Einzelmitglied Jugendliche 14 bis 18 Jahre 9 €

 Einzelmitglied Erwachsene ab 18 Jahre 15 €

 Familienmitgliedschaft Familien 22 €

Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vorname\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Str/Nr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geb. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Familien Mitglieder:**

Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Geb.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Geb.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Geb.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ich erkenne die Satzung des Vereins an. Ein Austritt ist nur bis zum 30.09. möglich und wird zum jeweiligen Jahresende wirksam.

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum = Beitrittsdatum Unterschrift gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen

**SEPA-Lastschriftmandat** Gläubiger-Identifikationsnummer **DE92ZZZ00000402318**

Mandatsreferenz: = *Mitgliedsnummer wird später separat mitgeteilt*

Ich ermächtige den WSC Oberes Schlichemtal e.V. Zahlungen der Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom WSC auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird regelmäßig zum 1. 10. eines jeden Jahres eingezogen.

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

Institut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name, Vorname:

(Kontoinhaber) …………………………………………………………………………………………

PLZ, Ort ………….………………………………Straße Nr…………………………………….……...

Kreditinstitut………………………………………….… BIC 

# IBAN

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort, Datum Unterschrift Kontoinhaber