



ALLGEMEINER SPORTVEREIN GLONN

Fußball – Tennis – Tischtennis – Eishockey – Tanzen – Stockschießen

Postanschrift: Wiesmühlstraße 1, 85625 Glonn

Beitrittserklärung

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Telefon _____ E-mail _____

Hauptverein:

Abteilung: (zutreffendes bitte ankreuzen)

Die Mitgliedschaft im Hauptverein ist Voraussetzung.

Fußball* Tennis* Tischtennis* Eishockey Tanzen* Stockschießen*

(* Abteilungsbeitrag)

Beitragszahlung: (zutreffendes bitte ankreuzen)

Die Höhe der Beiträge finden Sie aufgeschlüsselt auf der Rückseite.

Einzelmitgliedschaft

Familienmitgliedschaft**

(**Bei Familienbeitrag bitte die Daten für alle Familienangehörigen angeben, damit der Versicherungsschutz beim BLSV begründet werden kann)

	Familienname	Vorname	Geburtsdatum
Partner			
1. Kind			
2. Kind			
3. Kind			

Ich / Wir trete/ n hiermit dem ASV Glonn e. V. bei und erkennen dessen Vereinssatzung*** an.

Ort Datum Unterschrift (Bei nicht volljährigen Mitgliedern gesetzl. Vertreter) ***

Die vollständige Satzung kann in der Geschäftsstelle oder auf der Homepage des ASV eingesehen werden. Auszug aus der Satzung: § 6 Beendigung der Mitgliedschaft (2) Der dem Vorstand gegenüber schriftlich zu erklärende Austritt ist jederzeit zum Ende des Geschäftsjahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat möglich.

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

ASV Glonn e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer:

Wiesmühlstr. 1

Postleitzahl und Ort:

85625 Glonn

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE 13ZZZ00000154256

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger **ASV Glonn e.V.** widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **ASV Glonn e.V.** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **ASV Glonn 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 meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

Ort:

Glonn

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger **ASV Glonn e.V.** über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.