



Mitgliedsantrag

Mitglieds-Nr.:

Nicht ausfüllen

Bitte in Druckschrift ausfüllen, unterschreiben und an den Verein senden

Postanschrift: FC Saalfeld e.V. | Beulwitzer Str. 13 | 07318 Saalfeld
 E-Mail: verwaltung@fc-saalfeld.de

Ansprechpartner

Junioren bis 18 Jahre

Herr Dirk Gierga

Mobil 0163 8103966

Senioren ab 18 Jahre

Herr Herbert Uhlmann

Mobil 0162 2723680

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Name, Vorname*		Geburtsdatum*	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer*		Antragsdatum*	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
PLZ*	Wohnort*		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nationalität*	Anerkannter Flüchtling/Migrant*		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Telefon*(Vorwahl + Nummer)			
<input type="text"/>			
Mobilnummer			
<input type="text"/>			
E-Mail-Adresse			

Art der Mitgliedschaft gemäß Beitragsordnung:

- | | | |
|--------------------------|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Kinder | 48,- € |
| <input type="checkbox"/> | Studenten/Arbeitslose | 48,- € |
| <input type="checkbox"/> | Erwachsene | 96,- € |
| <input type="checkbox"/> | Passiv | 60,- € |
| <input type="checkbox"/> | Schiedsrichter, Trainer, Übungsleiter | 48,- € |
| <input type="checkbox"/> | Freiwillige Fördermitgliedschaft | mind. 150,- € |
| <input type="checkbox"/> | Familienmitgliedschaft (ab zwei Mitgliedern v gl. Pkt. 6 Beitragsordnung ; formloser Antrag an den Verein | |

Einmalige Aufnahmegebühr gemäß Beitragsordnung

SEPA Lastschriftmandat

Ich ermächtige den FC Saalfeld e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom FC Saalfeld e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. (Laut Beitragsordnung ist nur Bankeinzug möglich)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name des Kreditinstitutes*	Name des Kontoinhabers*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße; Hausnummer* (falls abweichend von der Adresse Mitglied)	Kreditinstitut BIC*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ*	Wohnort* (falls abweichend von der Adresse des Mitglieds)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Land	Unterschrift des Kontoinhabers*

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum FC Saalfeld e.V. Mit der Unterschrift erkenne ich die Satzung und den Kodex des Vereins an. Ich verpflichte mich Beiträge pünktlich zu entrichten. Bei Minderjährigen verpflichten sich der den Antrag unterzeichnenden Vertretungsberechtigten neben dem Minderjährigen zur Zahlung des Mitgliedsbeitrages. Die Mitgliedschaft gilt jeweils für ein Kalenderjahr. Im Jahr des Eintritts wird der anteilige Mitgliedsbeitrag abgebucht. Ich gebe meine Einwilligung, dass im Rahmen der Vereinsverwaltung meine personenbezogenen Daten gespeichert und verarbeitet werden dürfen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort*	Datum*	Unterschrift des Mitglieds oder Erziehungsberechtigten*