

Beitrittserklärung Förderkreis MFV

Zur Unterstützung und Förderung der vielfältigen Aufgaben und Verpflichtungen des Mosbacher Fußballverein 1919 e.V. (MFV) trete ich dem Förderkreis des MFV bei.

_____	_____
Name	Vorname

Straße, Hausnummer	
_____	_____
PLZ	Ort
_____ / _____	_____ / _____
Telefon	Mobil
_____	_____
E-Mail	Geburtsdatum

Ich bin bereit, den MFV mit

monatlich 20,00 € / _____ € (alternativ Wunschbetrag einsetzen)

ODER

einem jährlichen Einmalbetrag von 240,00 € / _____ € (alternativ Wunschbetrag einsetzen)

Die Dauer der Mitgliedschaft im Förderkreis ist auf ein Jahr begrenzt und verlängert sich automatisch um ein Jahr, sofern die Mitgliedschaft nicht unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum Ende der Mitgliedschaft gekündigt wird.

Ein gesondertes **SEPA-Lastschriftmandat** zur Beitragserhebung befindet sich auf der **nächsten Seite** (Bitte ebenfalls unbedingt ausfüllen).

Einverständniserklärung nach Bundesdatenschutzgesetz

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummern, E-Email-Adresse. Mir ist bekannt, dass dem Mitgliedsantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Mosbacher Fußballverein 1919 e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Neckarburkener Str. 9

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

74821 Mosbach

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

| D E 9 7 Z Z Z 0 0 0 0 0 4 2 9 2 9 1 |

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Deutschland

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: