

Mosbacher Fußballverein 1919 e.V.

Mosbacher Fußballverein 1919 e.V. – Neckarburkener Str. 9 – 74821 Mosbach



Mitgliedschaftsantrag

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Mosbacher Fußballverein 1919 e.V.

_____	_____
Name	Vorname

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

- | | | |
|--------------------------|----------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | Erwachsener | 60 € |
| <input type="checkbox"/> | Erwachsener mit Kind | 70 € |
| <input type="checkbox"/> | Familie/Ehepaar | 90 € |
| <input type="checkbox"/> | Jugendlicher | 40 € |

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.

Ein Austritt kann nur zum 31.12. eines Jahres erfolgen. Voraussetzung dafür ist, dass die Austrittserklärung bis 6 Wochen zum Jahresende des laufenden Jahres d.h. bis spätestens 19. November schriftlich dem Verein zugeht.

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

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Mitglied
	(bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten)

Anschrift
Neckarburkener Str. 9
74821 Mosbach

Vorstand
Frank Spohrer
1. Vorstand

Telefon / Telefax
06261 - 893206

E-Mail / Internet
kontakt@fv-mosbach.de
www.fv-mosbach.de

Bankverbindung
Sparkasse Neckartal Odenwald
IBAN: DE18 6745 0048 0003 0285 03
BIC: SOLADES1MOS

Registergericht
AG Mannheim
VR 440020

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 ermächte / 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:
