



Mitgliedsantrag

Klausdorfer SC e.V.

Wir freuen uns, dass **Du Dich** dazu entschieden hast, dem **Klausdorfer SC e.V.** beizutreten. Dazu müsstest du bitte noch das folgende Formular vollständig ausfüllen.

PERSONENDATEN

Name:	_____	Vorname:	_____
Straße:	_____	Nr.:	_____
PLZ:	_____	Ort:	_____
Telefon:	_____	Mobiltelefon:	_____
E-Mail:	_____		
Geburtsdatum:	_____	T-Shirt Größe:	_____
Eintritt (Datum):	_____	Austritt:	_____
Besonderheiten: <small>(bspw. Vegetarier)</small>	_____		

MITGLIEDSBEITRAG

Zahlungsweise (zutreffendes bitte ankreuzen): SEPA-Mandat: Überweisung:

Durch Ausfüllen des SEPA-Mandates ermächtige ich den KSC e.V. den Jahresbeitrag in Höhe von **80,- Euro (Erwachsene); 50,- Euro (Kinder) jährlich** im Voraus zu Lasten meines Kontos bis auf Widerruf einzuziehen:

I

Ort, Datum

UNTERSCHRIFT

Mit dieser Erklärung trete ich dem **KSC e.V.** bei. Durch den Beitritt entstehen gegenüber dem **KSC e.V.** keinerlei finanzielle, materielle sowie sonstige Forderungsansprüche. Kündigung: Er ist nur zum Schluss eines jeden Kalendervierteljahres unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von zwei Monaten zulässig. Eine Rückerstattung von bereits gezahlten Beträgen ist nicht möglich. Der Vorstand von **KSC e.V.** behält sich das Recht vor, Mitglieder in begründeten Ausnahmefällen auszuschließen.

Ort, Datum, Unterschrift (Bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Klausdorfer SC e.V. Fischerweg 2a 18445 Klausdorf ☎ 038323/ 81495 www.klausdorfer-sc.de info@klausdorfer-sc.de

Bankverbindung: Sparkasse Vorpommern IBAN: DE11150505000102018367 BIC: NOLADE21GRW
ID Nr.: DE09KSC00000799572

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

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

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

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

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

Ort / Location:

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

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