

## Vereinsmitgliedschaft

VfB-Gravenhorst von 1929 e.V.

Zum Spring 11

38527 Meine/Gravenhorst

## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich,

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

die Aufnahme in den VfB-Gravenhorst von 1929 e.V.

Jahresbeiträge ( zutreffendes bitte ankreuzen )

<input type="checkbox"/>	Erwachsene männlich	48,- Euro
<input type="checkbox"/>	Erwachsene weiblich	36,- Euro
<input type="checkbox"/>	ermäßigter Beitrag (Arbeitslos, Schüler )	15,- Euro
<input type="checkbox"/>	Kinder bis 14 Jahre	7,50 Euro

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum/Unterschrift

\_\_\_\_\_  
bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Sportvereinigung VfB-Gravenhorst von 1929 e.V.  
Zum Spring 11  
38527 Meine/Gravenhorst

## SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer \_\_\_\_\_

Mandatsreferenz ( wird separat mitgeteilt )

Ich ermächtige den VfB-Gravenhorst von 1929 e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom VfB-Gravenhorst von 1929 e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Vorname und Nachname ( Kontoinhaber )

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

IBAN

BIC ( 8 oder 11 Stellen )

Ort

Datum

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Unterschrift