

# FZM Thekenkicker Gutenthal e.V.

## Beitrittserklärung

	Mitglied	Partner/-in	Kinder
Name:			
Geburtsdatum:			
Straße, Haus-Nr.:			
Postleitzahl, Wohnort:			
Telefon-Nr.:			
Handy-Nr.:			
E-Mail-Adresse:			

Eintrittsdatum:	
-----------------	--

<u>Mitgliedsbeiträge:</u>	
bis 16 Jahre:	8,00 €
ab 16 Jahre:	12,00 €
ab 16 Jahre mit Partner:	16,00 €
Familienbeitrag:	20,00 €

Bitte ankreuzen!

Mit meiner Unterschrift schließe ich mich dem Verein an und akzeptiere die Vereinsatzung.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

## **SEPA Lastschriftmandat**

(wiederkehrende Zahlung)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE82ZZZ00001061419

Hiermit ermächtige ich die FZM Thekenkicker Gutenthal e.V., den jährlichen Mitgliedsbeitrag von \_\_\_\_\_,00 € zu Lasten meines Kontos einzuziehen.

Konto-Inhaber:	
BIC:	
Name der Bank:	
IBAN:	

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift