

SCHIZUNFT SCHWABEN BAD CANNSTATT e.V.

Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

die Mitgliedschaft in der Schizunft Schwaben Bad Cannstatt e.V.

Die Jahresbeiträge werden jährlich mittels Lastschriftzugug am 01.Januar eingezogen und lauten wie folgt:

Beitragsgruppe	Höhe Jahresbeitrag	Dienstpflicht
Kinder bis 5 Jahre	Beitragsfrei	Nein
Kinder 6 - 14 Jahre	6,00 €	Nein
Jugendliche 15 – 18 Jahre	10,00 €	Nein
Erwachsene	26,00 €	Ja

Weitere Details können der am 01.01.2012 in Kraft getretenen Beitragsordnung entnommen werden. Diese und die aktuell gültige Satzung vom 14.Juni 2013 sind zu finden als Aushang im Vereinsheim oder online auf der Homepage der Schizunft Schwaben e.V. (www.schizunft-schwaben.com).

Ort _____

Datum _____

Unterschrift
(Gesetzliche Vertreter bei Minderjährigen)

Einverständniserklärung zur Veröffentlichung von Bildmaterial

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Erstellung von Bildaufnahmen meiner Person im Rahmen von Veranstaltungen des Vereins, sowie zur Verwendung und Veröffentlichung solcher Bildnisse zum Zwecke der öffentlichen Berichterstattung über das Vereinsleben.

Ort _____

Datum _____

Unterschrift Antragsteller
(Gesetzliche Vertreter bei Minderjährigen)

SCHIZUNFT SCHWABEN BAD CANNSTATT e.V.

SEPA - Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE42 ZZZ00000576072
Anschrift Gläubiger:	Schizunft Schwaben e.V. Blumentstr. 22 71404 Korb, Deutschland

Ich / Wir ermächtige(n) den Zahlungsempfänger Schizunft Schwaben e.V, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Schizunft Schwaben e.V auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Straße und Hausnummer

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): PLZ, Ort und Land

IBAN des Zahlungspflichtigen

BIC des Zahlungspflichtigen

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.

Ort

Datum

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen
(Kontoinhaber)