



Aufnahmeantrag

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ/Wohnort:
Telefon:	E-Mail:
Geburtsdatum:	Eintrittsdatum:

Hiermit erkenne ich die Vereinssatzung an. Ein Austritt ist nur zum 31.12. eines Jahres mit einer Kündigungsfrist von einem Monat schriftlich möglich. Ich bin damit einverstanden, dass alle von mir gemachten Angaben zum Zwecke der Mitgliederverwaltung sowie der Beitragserhebung und der Statistik des 1. FC Aha e.V. elektronisch gespeichert werden und weiter verarbeitet werden.

Ich werde jede Änderung (wie z. B. Wohnortwechsel, Namen, Bankverbindung, etc.) dem Verein unverzüglich in schriftlicher Form mitteilen.

X

Ort, Datum Unterschrift Antragsteller

Bei Antragstellern unter 18 Jahren: **X**

Unterschrift beider Erziehungsberechtigter

Bitte unbedingt auch das Formular „Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats“ auf der Rückseite vollständig ausfüllen und unterzeichnen, da anderenfalls eine Bearbeitung des Aufnahmeantrags nicht möglich ist!!!

Bearbeitungsvermerk für den Verein (bitte nicht ausfüllen):	
Antrag erhalten am:	EDV erfasst am:
Mitgliedsnummer:	Vereinsbeitrag:
BLSV gemeldet ab:	
Der erste Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird zum	über € erfolgen.
Aha, den	1. FC Aha e.V.



Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers: 1. FC Aha e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers: Aha 95, 91710 Gunzenhausen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE36ZZZ00000212042

Mandatsreferenz (vom Verein auszufüllen):

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige den 1. FC Aha e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den 1. FC Aha e.V., zur Begleichung der jeweils fälligen Mitgliedsbeiträge für mich und ggf. meiner Familienangehörigen sowie für alle weiteren zahlungspflichtigen Leistungen die Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom 1. FC Aha e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift (Kontoinhaber):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl, Ort

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen)

DE

BIC (8 oder 11 Stellen):

Ort

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

x

Bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen