

Sportverein Lohnsfeld 1972 e.V.

Heubergstr. 2
67727 Lohnsfeld

Telefon / Fax: 06302 – 56 64

E-Mail: Info@sv-lohnsfeld.de
www.sv-lohnsfeld.de



1.Vorstand
Thomas Rau
Im Bängerläng 35
67727 Lohnsfeld

Sportverein Lohnsfeld 1972 e.V. - Heubergstr. 2 - 67727 Lohnsfeld

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrag ich ab sofort die Mitgliedschaft beim SV Lohnsfeld 1972 e.V.

Name, Vorname _____ Geb.-datum _____

Adresse _____

Telefon _____ E-mail _____

Ich möchte folgende Mitgliedschaft (bitte ankreuzen)

- | | | | |
|-------------------------------|------|--|------|
| <input type="radio"/> Aktiv | 48 € | <input type="radio"/> Rentner | 20 € |
| <input type="radio"/> Passiv | 32 € | <input type="radio"/> Kinder unter 18 Jahren | 30 € |
| <input type="radio"/> Familie | 70 € | <input type="radio"/> Beitragsfrei | 0 € |

Bei Familienmitgliedschaft bitte die weiteren Familienmitglieder hier eintragen

Name, Vorname _____ Geb.-datum _____

Name, Vorname _____ Geb.-datum _____

Name, Vorname _____ Geb.-datum _____

Name, Vorname _____ Geb.-datum _____

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die auf der Homepage des SV Lohnsfeld veröffentlichte Satzung an.

Ich erkenne an, dass ich nur Anspruch auf Versicherungsschutz habe, wenn ich den Mitgliedsbeitrag pünktlich und regelmäßig an den Verein bezahle.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen der Mitgliederverwaltung unter Beachtung des jeweiligen Datenschutzgesetzes gespeichert und vereinsintern verwendet werden.

Eine Kündigung der Mitgliedschaft muss schriftlich erfolgen mit einer Frist von 4 Wochen zum Jahresende.

Ort, Datum, Unterschrift

1.Vorstand: Thomas Rau
2.Vorstand: Uwe Peters
Kassenwart: Marion Cherdron
Schriftführer: Mathias Keiper

Steuernummer
44/667/1084/9

Bankverbindung
Volksbank Kaiserslautern
Konto 39713900
BLZ 540 900 00
IBAN DE14540900000039713900
BIC GENODE31K11

SEPA Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE17ZZZ00001427794

Mandatsreferenznummer (SVL-Mitgliedsnummer)

Ich ermächtige den SV Lohnsfeld, Beitragszahlungen von meinem u.a. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SV Lohnsfeld auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlungen.

Zahlweise jährlich im Voraus

Name des Kontoinhabers: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

IBAN: _____

BIC (8 oder 11 Stellen): _____

.....
Ort, Datum, Unterschrift des Kontoinhabers

(bei Minderjährigen auch der/des Erziehungsberechtigten)
