FC-EICHELSBACH.DE

Beitrittserklärung und Ermächtigung zum Bankeinzug

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Fußballclub Eichelsbach e.V., 63820 Elsenfeld-Eichelsbach.

Vorname _____ Name _____

Geburtstag _____ Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon priv. _____ gesch. _____

E-Mail-Adresse _____

früherer Verein _____

Gleichzeitig ermächtige ich den Fußballclub Eichelsbach e.V., einmalig im März jeden Jahres den jeweils gültigen Jahresbeitrag einzuziehen. Ein separates SEPA-Lastschriftmandat wird erteilt.
Die jeweils gültigen Jahresbeiträge erfahren Sie bei den Übungsleitern.

Die Mitgliedschaft muss schriftlich gekündigt werden. Der Austritt ist nur zum Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer Frist von 6 Wochen zulässig.

Ich erkläre hiermit, dass meine angegebenen Daten zweckgebunden für den Fußballclub Eichelsbach e.V. elektronisch gespeichert werden dürfen.

_____ _____

Ort Datum Unterschrift, bei Jugendlichen der Erziehungsberechtigte

Bitte die Familienmitglieder mit Vornamen und Geburtsdatum vermerken, die bereits Mitglied sind:

_____

_____

_____

_____

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
FC Eichelsbach e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:
Ringstraße 18

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:
63820 Elsenfeld

Land / Country:
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:
DE25ZZZ00000100884

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **FC Eichelsbach e. V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **FC Eichelsbach e. V.** auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **FC Eichelsbach e. V.** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **FC Eichelsbach e. V.**.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

☒ **Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment** ☐ **Einmalige Zahlung / One-off payment**

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.