

Beitrittserklärung und Ermächtigung zum Bankeinzug FC Eichelsbach e.V:



Es handelt sich um (bitte ankreuzen):

- Neue Mitgliedschaft
 Hinzufügen von Familienmitgliedern zu einer bestehenden Mitgliedschaft

Vorname	
Name	
Straße	
PLZ, Ort	

Geburtsdatum	
Telefonnummer	
E-Mail Adresse	

Weitere Familienmitglieder:

Vorname	
Name	
Straße	
Geburtsdatum	

Vorname	
Name	
Straße	
Geburtsdatum	

Vorname	
Name	
Straße	
Geburtsdatum	

Vorname	
Name	
Straße	
Geburtsdatum	

- Ich möchte in die WhatsApp Gruppe des FC Eichelsbach aufgenommen werden: ja nein
- Es dürfen Bilder (z.B. Mannschaftsfotos) von allen Vereinsmitgliedern auf der Homepage veröffentlicht werden:
 ja nein

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum FC Eichelsbach e.V. in 63820 Elsenfeld. Mit dem angehängten SEPA Lastschriftmandat ermächtige ich den FC Eichelsbach e.V. im März jeden Jahres den jeweils gültigen Jahresbeitrag einzuziehen.

Die Kündigung der Mitgliedschaft muss schriftlich erfolgen. Der Austritt ist zum Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer Frist von 6 Wochen zulässig. Ich erkläre hiermit, dass meine persönlichen Daten zweckgebunden elektronisch gespeichert werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Jugendlichen ein Erziehungsberechtigter)

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:

Am Dillacker 6

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: