

## MITGLIEDSANTRAG SV Zellhausen 1913 e.V.

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Sportverein 1913 Zellhausen e.V. (SVZ) und erkenne die Satzung des SVZ und die Satzungen des Hessischen Fußballverbandes an.



Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/ Handy: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  m  w  d

Betätigung in folgender Abteilung (bitte ankreuzen):

- 1 Herrenfußball     2 Jugendfußball     3 SoMa-Fußball  
 4 Frauenfußball     5 Frauenhandball     6 Damengymnastik

Der derzeitige monatliche Mitgliedbeitrag beträgt (bitte ankreuzen):

- aktive Erwachsene (8,50 €)     passive Erwachsene (6,00 €)     Kinder/Jugendliche (6,00 €)  
 Rentner (5,50 €)     Familienbeitrag (15,00 €)

Bei Familienbeitrag bitte den/die Namen des/der Familienmitgliedes/-er angeben:

\_\_\_\_\_

Der Mitgliedsbeitrag wird bei erteiltem SEPA-Lastschriftmandat jährlich zum 31.03. eingezogen. Bei nicht erteiltem Lastschriftmandat ist er zum 31.03. fällig.

Für geliehene, vereinseigene Sportmaterialien übernehme ich die Haftung. Bei Verlust oder Beschädigung komme ich für die eventuellen Schäden auf.

Mainhausen, den \_\_\_\_\_  
(Datum)                      (eigenhändige Unterschrift)                      (gesetzlicher Vertreter)

**Bitte Formular komplett ausfüllen und unterschrieben bei der Abteilungsleitung abgeben, per E-Mail senden oder einwerfen bei:**

Jens Leonhardt, Bahnhofstraße 3, 63533 Mainhausen  
E-Mail: mitglieder@svzellhausen.de

SV Zellhausen 1913 e.V.  
Postfach 11 61  
63528 Mainhausen  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 59 SVZO 0001 3751 43

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_  
(wird vom Verein eingetragen)



Mandatsreferenznummer: MR  
(wird vom Verein eingetragen)

### SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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.

### Name, Anschrift und Bankverbindung des / der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Name, Vorname : \_\_\_\_\_

Straße, Nummer: \_\_\_\_\_  
(wenn abweichend vom Mitglied)

PLZ und Ort \_\_\_\_\_  
(wenn abweichend vom Mitglied)

IBAN: \_\_\_\_\_  
(Bsp.: DE99 | 1234 | 5678 | 1234 | 5678 | 90)

BIC: \_\_\_\_\_  
(8 oder 11 Stellen)

Mainhausen, den \_\_\_\_\_  
(Datum)                      (Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen / Kontoinhaber)

**WICHTIG: Das Mandat ist nur vollständig ausgefüllt mit Datum und Unterschrift gültig.**