



Eissportverein 1987 e.V. Coburg

Geschäftsstelle

Steinach 24

96268 Mitwitz

Ruf: 09266-6194

praesident@eissportverein-coburg.de

An
Eissportverein 1987 e.V. Coburg
Herrn Klaus Wronna
Steinach 24
96268 Mitwitz

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Eissportverein Coburg:

1. Persönliche Angaben

Familienname: _____

Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtstag: _____

Telefonnummer: _____

Mobil: _____

E-Mail Adresse: _____

Eintritt ab: _____

Art der Mitgliedschaft: aktiv passiv

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

(bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

2. Bankeinzugsermächtigung / SEPA Basis-Lastschriftmandat

siehe Folgeseite

3. Jahresbeiträge

- | | |
|--|--------|
| <input type="checkbox"/> Schüler bis 15 Jahre | 18,- € |
| <input type="checkbox"/> Jugendliche 16 bis 18 Jahre, Studenten, Auszubildende, Frührentner,
Senioren (ab 65 Jahre), Wehrpflichtige, Passive Mitglieder | 30,- € |
| <input type="checkbox"/> Erwachsene (18 bis 65 Jahre) | 48,- € |
| <input type="checkbox"/> Familien | 96,- € |

Formular bitte unterschreiben und an oben stehende Adresse senden, per E-Mail an praesident@eissportverein-coburg.de oder einfach zum Training mitbringen.



Eissportverein 1987 e.V. Coburg

Geschäftsstelle

Steinach 24
96268 Mitwitz
Ruf: 09266-6194

BEITRITTSERKLÄRUNG

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/ Recurrent Payments

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)] DE53ZZZ00000261012	[Mandatsreferenz (wird vergeben – nicht auszufüllen)]
---	---

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers] Eissportverein Coburg 1987 e. V.
--

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers] Eissportverein Coburg 1987 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC ¹	IBAN DE
------------------	-------------------

¹ Hinweis: Seit dem 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum	Unterschrift (Zahlungspflichtiger)
------------	------------------------------------