

# Beitrittserklärung **SG 1945 Dielheim**



Von der Satzung der **SG 1945 Dielheim e.V.** habe ich Kenntnis genommen und erkenne Sie an.

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
E-Mail	

die Aufnahme in den Verein **SG 1945 Dielheim e.V.** ab dem \_\_\_\_\_.

Jahresbeiträge (*zutreffendes bitte ankreuzen*)

- |                          |                            |          |
|--------------------------|----------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Aktive Mitglieder (Herren) | 100,00 € |
| <input type="checkbox"/> | Aktive Mitglieder (Damen)  | 85,00 €  |
| <input type="checkbox"/> | Passive Mitglieder         | 75,00 €  |
| <input type="checkbox"/> | Jugendliche Mitglieder     | 85,00 €  |
| <input type="checkbox"/> | Auswärtige Mitglieder      | 75,00 €  |
| <input type="checkbox"/> | Ehrenmitglieder            | 50,00 €  |
| <input type="checkbox"/> | Familienbeitrag*           | 200,00 € |

\* Name der Familienmitglieder: \_\_\_\_\_

Kündigung und Kündigungsfrist der Mitgliedschaft:

Auszug aus § 5 der Satzung der SG Dielheim: „Der Austritt kann jederzeit durch schriftliche Mitteilung an den Verein erfolgen und tritt mit Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres in Kraft.

Die Beitragspflicht erlischt erst am Ende des Kalenderjahres. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate auf Ende des Kalenderjahres.

Der Verein behält sich das Recht vor, beim Austritt oder Ausschluss bestehende Beitragsrückstände innerhalb Jahresfrist einzufordern. Vorausgezahlte Beträge werden nicht zurückerstattet“.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
(b. Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

# SEPA-Lastschriftsmandat



Zahlungsempfänger:

SG 1945 Dielheim e.V.  
Am Sportplatz 1  
69234 Dielheim

Ich ermächtige / Wir ermächtigen der **SG 1945 Dielheim** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der **SG 1945 Dielheim** 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.

Der Mitgliedsbeitrag soll von dem Konto:

Kontonummer / IBAN	
Name der Bank	
BIC	
Bankleitzahl	
Kontoinhaber	

abgebucht werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Kontoinhaber  
(Zahlungspflichtigen)