



# VfB Iggelheim 1913 e.V.

Ich beantrage die Mitgliedschaft beim VfB Iggelheim 1913 e.V.

|              |  |
|--------------|--|
| Name         |  |
| Vorname      |  |
| Straße       |  |
| PLZ / Ort    |  |
| Geburtsdatum |  |
| Eintritt zum |  |
| Telefon      |  |
| E-Mail       |  |
| Mobil        |  |
| Fax          |  |

|  |  |
|--|--|
| Datum, Unterschrift (Bei Minderjährigen Erziehungsberechtigte)   |  |
| Mit meiner Unterschrift erkenne ich an, dass mir die Satzung und Ordnungen des Vereines bekannt sind, und ich diese anerkenne. |  |

### weitere Mitgliedschaften : (Familienmitgliedschaft)

|  |
|--|
| Name(falls abweichend), Vorname und Geburtsdatum |
| Name(falls abweichend), Vorname und Geburtsdatum |
| Name(falls abweichend), Vorname und Geburtsdatum |
| Name(falls abweichend), Vorname und Geburtsdatum |

### Monatsbeiträge :

|                                     |        |                       |
|-------------------------------------|--------|-----------------------|
| Jugendliche bis 18 Jahre            | 4,00 € | <input type="radio"/> |
| Schüler / Studenten / Auszubildende | 4,00 € | <input type="radio"/> |
| Rentner                             | 4,50 € | <input type="radio"/> |
| Erwachsene (aktiv / passiv)         | 7,00 € | <input type="radio"/> |
| Familie                             | 9,00 € | <input type="radio"/> |
| Familienmitglied bei                | 0,00 € | <input type="radio"/> |
| Name                                |        | Vorname               |

### SEPA Lastschriftmandat

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| Zahlungsempfänger :                  | VfB Iggelheim 1913 e.V. Am Neugraben 14,<br>67459 Böhl-Iggelheim. |
| Gläubiger ID :<br>DE04ZZZ00000642522 |   |

Ich ermächtige den VfB Iggelheim, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom VfB Iggelheim auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

### vom Kontoinhaber auszufüllen :

|                          |  |              |  |
|--------------------------|--|--------------|--|
| Name                     |  | Vorname      |  |
| BLZ                      |  | Konto Nr.    |  |
| BIC                      |  | IBAN         |  |
| Bankname / Sitz der Bank |  |              |  |
| Ort / Datum              |  | Unterschrift |  |