VfB Friedrichshafen e.V.
Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE23HAU00000241473

GESCHÄFTSSTELLE
88045 Friedrichshafen, Teuringer Str. 2
Telefon: 07541-55441 / Fax: 07541-52555
mitglieder@vfb-friedrichshafen.de, www.vfb-friedrichshafen.de

A U F N A H M E - A N T R A G

zur

MITGLIEDSCHAFT IM VfB FRIEDRICHSHAFEN

Mitglieds-Nr.: _____

Abt.: LEICHTATHLETIK

Mandats-Nr.: _____

JAHRESBEITRAG

1. Erwachsene		Grundbeitrag	40,00 €	Abteilungsbeitrag	80,00 €	VfB-Gesamtbeitrag	120,00 €
2. Kinder	bis 6 Jahre	Grundbeitrag	28,00 €	Abteilungsbeitrag	48,00 €	VfB-Gesamtbeitrag	76,00 €
3. Kinder	7 – 10 Jahre	Grundbeitrag	28,00 €	Abteilungsbeitrag	58,00 €	VfB-Gesamtbeitrag	86,00 €
4. Kinder	11 – 14 Jahre	Grundbeitrag	28,00 €	Abteilungsbeitrag	69,00 €	VfB-Gesamtbeitrag	97,00 €
5. Jugend	bis 18 Jahre	Grundbeitrag	28,00 €	Abteilungsbeitrag	80,00 €	VfB-Gesamtbeitrag	108,00 €
4. Azubis/Studenten	auf Antrag	Grundbeitrag	40,00 €	Abteilungsbeitrag	67,00 €	VfB-Gesamtbeitrag	107,00 €
5. Rentner	ab 60 Jahre	Grundbeitrag	40,00 €	Abteilungsbeitrag	56,00 €	VfB-Gesamtbeitrag	96,00 €
6. Familien		Grundbeitrag	je Person	Abeilungsbeitrag	144,00 €	VfB-Gesamtbeitrag	nach Personen
Ehrenmitglieder		Grundbeitrag	Frei	Abteilungsbeitrag	Frei	VfB-Gesamtbeitrag	Frei

MITGLIEDSDATEN

Name:		Vorname:			w ❍ m ❍
PLZ:		Ort:		Geb.-Datum:	
Straße:				Nationalität:	
Telefon:		Mobil:		Eintritt zum: (Bitte frei lassen)	
Email:				Austritt zum: (Nur zum 31.12.)	

FÜR FOLGENDE FAMILIENMITGLIEDER WIRD EBENFALLS EINE MITGLIEDSCHAFT GEWÜNSCHT:

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:	Mitglieds.-Nr.	Mandats-Nr.

Auf die diesem Aufnahme-Antrag beiliegenden Hinweise zur Mitgliedschaft im VfB Friedrichshafen e.V. wird verwiesen. Sie sind Grundlage für die Mitgliedschaft im VfB Friedrichshafen e.V.

BANKDATEN

Konto-Inhaber: Vor- und Nachname	Bank:	Konto-Nr.:	BLZ:

IBAN: D E

BIC / SWIFT: **Beides finden Sie auf Ihrem Kontoauszug!**

Einzugsermächtigung (SEPA-Lastschriftmandat)
Ich ermächtige den oben genannten Zahlungsempfänger widerruflich, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von o.g. Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

_____ _____
Ort / Datum Unterschrift Mitglied / Erziehungsberechtigter

(Stand 01.01.2016)