SCHACHCLUB LEINFELDEN e. V.



AUFNAHMEANTRAG

Hiermit erkläre ich m	it Wirkung vom	
meinen Beitritt zum S	Schachclub Leinfelden e. V. als	
□ aktives Mitglied		
□ passives Mitglied	d	
Name:		
Vorname:		
geboren am		
in		
Beruf:		
Staatsangehörigkeit:		
Straße:		
Postleitzahl und Ort:		
Telefon privat:		
Telefon geschäftlich:		
Telefon mobil:		
E-Mail-Adresse:	·	
Ich war zuletzt bis zum Mitglied im Schachverein		
	/ □ keinen Spielerpass (Zutreffe	•
	chrift erkenne ich die Satzung d	
•	ktlichen Zahlung des Mitgliedsb	peitrags (Jahresbeitrag
derzeit 60,00 €).		
Ort, Datum	Unterschrift des Mitglieds	
Für Jugendliche:		
•	es Sohnes/meiner Tochter in de	en Verein erkläre ich
	ınd hafte für die entstehenden V	
(insbesondere den 3	Jahresbeitrag von derzeit 30,00	€).
•	,	,
<u></u>		
Ort. Datum	Unterschrift des Erziehungsbei	rechtiaten

SCHACHCLUB LEINFELDEN e.V. SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE57ZZZ00000489375 Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Schachclub Leinfelden e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Schachclub Leinfelden e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung.

vor- und Nachname Kontoinnaber		
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl und Ort		
IBAN		
BIC		
Ort, Datum		
Unterschrift		