

# K.V. Floßbachschwalben e.V. Maxdorf

Postfach 1032  
67129 Maxdorf



## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich

- für (siehe Personendaten) den Beitritt zum K.V. Floßbachschwalben e.V. Maxdorf (**Einzelmitgliedschaft**). Der Jahresbeitrag beträgt **25,00 €** bzw. für Senioren auf Antrag ermäßigt **18,00 €**.
- für mich und meine im Folgenden aufgeführten Familienangehörigen den Beitritt zum K.V. Floßbachschwalben e.V. Maxdorf (**Familienmitgliedschaft**). Der Jahresbeitrag beträgt **50,00 €** und gilt für Eltern und Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Für die Aufnahme in den Verein bedarf es der Zustimmung durch den Vorstand.

### PERSONENDATEN

\_\_\_\_\_  
Familiennamen Vorname geb. am

\_\_\_\_\_  
Straße PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon (privat)\* Mobil\* E-Mail

\* freiwillige Angabe

### FAMILIENANGEHÖRIGE (NUR BEI FAMILIENMITGLIEDSCHAFT)

\_\_\_\_\_  
Familiennamen (Partner/in) Vorname geb. am

\_\_\_\_\_  
Familiennamen (Kind) Vorname geb. am

\_\_\_\_\_  
Familiennamen (Kind) Vorname geb. am

\_\_\_\_\_  
Familiennamen (Kind) Vorname geb. am

- Mit diesem Antrag erkenne ich die Bestimmungen der Vereinssatzung und die Vereinsbeschlüsse an. Die Informationspflichten gemäß DSGVO wurden zur Kenntnis genommen und akzeptiert.

Der Austritt ist nur **zum Ende eines Kalenderjahres** möglich und schriftlich an den Vorstand zu richten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift (bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift(en) der/des gesetzlichen Vertreter)

## SEPA-Lastschriftmandat - Wiederkehrende Zahlung

Zahlungsempfänger:	K.V. Floßbachschwalben e.V. Maxdorf Postfach 1032 67129 Maxdorf
Gläubiger-ID:	<b>DE89ZZZ00000655833</b>
Mandatsreferenz:	( = MITGLIEDSNUMMER)

Hiermit ermächtige ich/wir den K.V. Floßbachschwalben e.V. Maxdorf, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom K.V. Floßbachschwalben auf mein 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

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

### BANKDATEN

IBAN: DE \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Bankname: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en)