



Mitglieder Stammkarte Nr.: _____

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht m w

Straße _____

PLZ _____ Wohnort _____

Telefon _____

Email _____

Ich beantrage die Aufnahme als Mitglied des SV 1911 Traisa e.V. für die Abteilung

- | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fußball | <input type="checkbox"/> Judo | <input type="checkbox"/> Gymnastik | <input type="checkbox"/> Allgemein |
| <input type="checkbox"/> Triathlon | <input type="checkbox"/> Badminton | <input type="checkbox"/> Tischtennis | <input type="checkbox"/> JuJutsu |

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für vereinsinterne Zwecke gespeichert werden.

Hinweis: Die Kündigung ist nur zum Jahresende möglich und muss 6 Wochen im Voraus schriftlich erfolgen, siehe Satzung des SVT.

Der Mitgliedsbeitrag und die einmalige Aufnahmegebühr von 7.50 € wird per SEPA-Lastschriftmandat von Ihrem Konto eingezogen.

Zahlungsweise: halbjährlich jährlich

Bitte füllen Sie das beigefügte Formular zum SEPA-Lastschriftmandat aus und legen es diesem Aufnahmeantrag bei.

Datum _____
ges. Vertreter _____ Unterschrift _____

Vorstand _____

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Sportverein 1911 Traisa e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Am Roten Berg 15

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

64367 Mühltal

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE6412300000226088

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Mitgliedsbeitrag

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Sportverein 1911 Traisa e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Sportverein 1911 Traisa e.V.** 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Sportverein 1911 Traisa e.V.** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Sportverein 1911 Traisa e.V.**.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment: Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:****Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):****Ort / Location:****Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.