



# Beitrittserklärung

Mitglieds-Nr.:

**Nicht ausfüllen**

Mitgliedschaft im FC Saalfeld e.V.

Bitte in Druckschrift ausfüllen, unterschreiben und an den Verein senden:

FC Saalfeld e.V.  
Beulwitzer Str. 13  
07318 Saalfeld

Fax: 03671/548890

[www.fc-saalfeld.de](http://www.fc-saalfeld.de)

[verwaltung@fc-saalfeld.de](mailto:verwaltung@fc-saalfeld.de)

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum FC Saalfeld e.V. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung, die Beitragsordnung und den Kodex des Vereins an. Ich verpflichte mich, alle geforderten Beiträge pünktlich zu entrichten.

<input type="text"/> <b>Name, Vorname*</b>	<input type="text"/> <b>Geburtsdatum*</b>	<p><b><u>Beitragsart – umseitige Erläuterung beachten:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Kinder (bis Ende 18. Lebensjahr) 60,00 EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Studenten/Arbeitslose 60,00 EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Erwachsene aktiv 120,00 EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Passiv 84,00 EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Trainer, Übungsleiter 72,00 EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Fördermitgliedschaft mind. 170,- EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Familienmitgliedschaft (ab zwei Mitgliedern – siehe Pkt. 6 Beitragsordnung (<b>nur auf schriftl. Antrag an den Verein!</b>))</p> <p>Zuzüglich einmalige Aufnahmegebühr gemäß Beitragsordnung (10,00 EUR Kinder; 20,00 EUR Erwachsene)</p> <p>Schiedsrichter sind beitragsfrei.</p>
<input type="text"/> <b>Straße, Hausnummer*</b>	<input type="text"/> <b>Antragsdatum*</b>	
<input type="text"/> <b>PLZ*</b>	<input type="text"/> <b>Wohnort*</b>	
<input type="text"/> <b>Nationalität</b>	<input type="text"/> <b>Geschlecht*</b>	
<input type="text"/> <b>Telefon*(Vorwahl + Nummer)</b>	<input type="text"/> <b>Männlich*</b>	
<input type="text"/> <b>Mobilnummer</b>	<input type="text"/> <b>Weiblich*</b>	
<input type="text"/> <b>E-Mail-Adresse</b>		

**SEPA Lastschriftmandat**

Ich ermächtige den FC Saalfeld e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom FC Saalfeld 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. (Laut Beitragsordnung ist nur Bankeinzug möglich)

<input type="text"/> <b>Name des Kreditinstitutes*</b>	<input type="text"/> <b>Name des Kontoinhabers*</b>
<input type="text"/> <b>Straße, Hausnummer* (falls abweichend von der Adresse Mitglied)</b>	<input type="text"/> <b>Kreditinstitut BIC*</b>
<input type="text"/> <b>PLZ*</b>	<input type="text"/> <b>Kreditinstitut IBAN*</b>
<input type="text"/> <b>Wohnort* (falls abweichend von der Adresse des Mitglieds)</b>	<input type="text"/> <b>Unterschrift des Kontoinhabers*</b>
<input type="text"/> <b>Land</b>	

Bei Minderjährigen verpflichten sich der den Antrag unterzeichnenden Vertretungsberechtigte neben dem Minderjährigen zur Zahlung des Mitgliedsbeitrages. Die Mitgliedschaft gilt jeweils für ein Kalenderjahr. Im Jahr des Eintritts wird der anteilige Mitgliedsbeitrag abgebucht. Ich gebe meine Einwilligung, dass im Rahmen der Vereinsverwaltung meine personenbezogenen Daten gespeichert und verarbeitet werden dürfen.

<input type="text"/> <b>Ort*</b>	<input type="text"/> <b>Datum*</b>	<input type="text"/> <b>Unterschrift des Mitglieds oder Erziehungsberechtigten*</b>
-------------------------------------	---------------------------------------	--