



Beitrittserklärung Vereinsmitglied

Hiermit erkläre ich - unter Anerkennung der Satzung - meinen Beitritt zum EC Bad Kissinger Wölfe e.V.

Mitglied

Name	
Straße	
Postleitzahl, Ort	
Geburtsdatum	
Telefon	
Fax	
E-Mail	

Ich bin an einer Mitgliedschaft im EC Bad Kissinger Wölfe e.V. interessiert:

- Familienmitgliedschaft (Elternteile + Kind/Ehepaare)
 - Aktive Mitgliedschaft (zzgl. Aktiven Beitrag z.B. jeder Spieler)
 - Passive Mitgliedschaft (Jahresbeitrag)
 - Sommer Mitgliedschaft (1.6 – 1.9, Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr €5,- mtl.)
- Familienangehörige die bereits Vereinsmitglied sind: (bitte eintragen)

Mitgliedsbeiträge:

Kinder bis 14 Jahre	€ 45,-
Kinder ab 15 Jahre	€ 50,-
Erwachsene	€ 60,-
Familienmitgliedschaft	€ 78,-
Passive Mitgliedschaft	€ 50,-
Aktivenbeitrag Erwachsene	€ 130,-
Nachlass AH/Rakoczy Rangers	50%
Nachlasse Jugend	50%

Satzungsauszug:

§ 5 Beendigung der Mitgliedschaft (2) Der Austritt ist dem Vorstand gegenüber schriftlich zu erklären. Der Austritt ist unter Einhaltung einer Frist von 6 Wochen bis zum 31.12. eines jeden Jahres zulässig.

§ 6 Beiträge

- (1) Von den Mitgliedern werden Beiträge und Aktivenbeiträge erhoben. Die Höhe des Betrages/Aktivenbeitrages wird von der Mitgliederversammlung bestimmt. Die Fälligkeit der Beiträge sollte vor Beginn der Wintersaison sein. Durch die Mitgliederversammlung können auch sonstige Leistungen beschlossen werden, die von den Mitgliedern zu erbringen sind.

Bad Kissingen, den _____

Unterschrift (Bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)



Einverständniserklärung zum Bankeinzug

EC Bad Kissinger Wölfe e. V., Wendelinusstr. 26, 97688 Bad Kissingen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE73ZZZ00001140120

Mandatsreferenz: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den EC Bad Kissinger Wölfe e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem EC Bad Kissinger Wölfe e. V. auf mein Konto gezogenen SEPA-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.

Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen Mandat gilt für einmalige Zahlungen

Vorname und Name (Kontoinhaber / Zahlungspflichtiger)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: DE _____

Datum und Ort

Unterschrift des / der Kontoinhaber