M I T G L I E D S A N T R A G

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Sportverein Schöllnach 1949 e. V.

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Geb.-Datum	Email
Telefon	Mobiltelefon

Ich möchte folgende Mitgliedschaft erwerben:

☐ Einzelmitgliedschaft ☐ Familienmitgliedschaft

Beitragssätze:

Kinder/Jugendliche	€ 40,00	Familien	€ 90,00
Erwachsene	€ 50,00		

Ich erkläre gleichzeitig den Beitritt folgender Familienmitglieder, bzw. es sind bereits folgende Angehörige meiner Familie Mitglied beim **SV Schöllnach e.V**.

Personen, die bereits Mitglied beim SV Schöllnach e.V. sind bitte markieren.

Name	Vorname	Geb.-Datum	☐ Mitglied
Name	Vorname	Geb.-Datum	☐ Mitglied
Name	Vorname	Geb.-Datum	☐ Mitglied
Name	Vorname	Geb.-Datum	☐ Mitglied

Hiermit ermächtige ich den **Sportverein Schöllnach 1949 e.V**. widerruflich, fällige Mitgliedsbeiträge zu Lasten meines/unseres Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom **Sportverein Schöllnach 1949 e.V**. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber	Name Bankinstitut
IBAN	BIC

Ort, Datum	Unterschrift