

Förderverein Fußball Everswinkel · Hortensienweg 11 · 48351 Everswinkel

KONTAKT

Anja Kruse

Tel +49 (0)2582 96 47

fussball.everswinkel@web.de

DATUM

01.06.2021

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich für mich / den Minderjährigen (nicht Zutreffendes bitte streichen) den Beitritt zum Förderverein Fußball Everswinkel e.V. (FFE). Ich bin bereit, die Arbeit und den Zweck des Vereins unter Anerkennung der Satzung zu unterstützen.

Name / Firma, Vorname: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

Telefon / Handy: _____ E-Mail: _____

- Im **Champions-League-Club** für **6 Euro pro Monat**
Unterstützen Sie uns mit einem echten Volltreffer
- Im **Europa-League-Club** für **4 Euro pro Monat**
Unterstützen Sie uns mit einem perfekten Abschluss
- Im **Bundesliga-Club** für **2 Euro pro Monat**
Unterstützen Sie uns mit einem passgenauen Anspiel
- zusätzlich spende ich einen Betrag von (mindestens 20 Euro) _____ Euro / Jahr
- Ich spende einen einmaligen Betrag von _____ Euro. Ich werde aber kein Mitglied.

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Der Mitgliedsbeitrag wird jeweils am Anfang des Monats, der Jahresbeitrag jeweils zum 1. Juli per Lastschrift abgebucht. Ein Austritt ist nur zum Jahresende möglich. Der Antrag muss dem Vorstand spätestens bis zum 30. September schriftlich vorliegen.

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____

ERSTELLUNG EINES SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS

Der Einzug des Mitgliedsbeitrags erfolgt regelmäßig Anfang des Monats, der Jahresbeitrag wird jeweils zum 1. Juli per Lastschrift abgebucht.

Zahlungsempfänger: Förderverein Fußball Everswinkel e.V.
Hortensienweg 11, 48351 Everswinkel

Gläubiger-Identifikations-Nr.: DE 70 ZZZ 0000 2399 653

Mandatsreferenz-Nr.: _____

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den Förderverein Fußball Everswinkel e.V., Zahlungen von meinem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Fußball Everswinkel e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrags verlangen.

Vor- und Nachname
des Konto-Inhabers: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

BIC: _____ | _____ | _____

bei Kreditinstitut: _____

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____