

Eintrittserklärung

➤ SKG Wallerstädten e. V.

➤ SKG Tennisabteilung e. V.

SKG Wallerstädten e.V.
Auf dem Deich 30
64521 Groß-Gerau

info@skg-wallerstaedten.de
www.skg-wallerstaedten.de

Gläubiger-ID:

DE 84 ZZZ 00000237465

Ich möchte Mitglied der SKG Wallerstädten e.V. werden.

Vorname * _____

Nachname * _____

Straße * _____

PLZ Ort * _____

Geb. Datum * _____

E-Mail _____

Mandatsreferenz-Nr. /

Mitgliedsnr. _____

Eintritt _____

Beitragsgr. _____

Erfasst am _____

Wird vom Verein ausgefüllt

Geschlecht weiblich männlich

Telefon _____

Abteilung: Zutreffendes ankreuzen (mehrfach Nennungen möglich)

- Basketball Fußball Gymnastik Aikido
 Tischtennis Turnen Tennis e.V. Gesundheitssport
 Volleyball

AKTIV

PASSIV

Eintritt ab _____

Der Monatsbeitrag der SKG Wallerstädten e.V. beträgt derzeit 7,50 €. **

* Zahlweise

halbjährlich

jährlich

Zusatzklausel – nur gültig bei Eintritt in SKG Tennisabteilung e.V.

Der Monatsbeitrag der SKG Tennisabteilung e.V. beträgt derzeit für Erwachsene 12,00 €; für Jugendliche bis 14J. 2,50 €; bis 18J. 4,00 €; für Azubis u. Studenten 6,00 €; für passive Mitglieder 4,00 €. Neben dem Beitrag ist, ab 18J. eine Arbeitsleistung von 2 Stunden/Jahr oder ersatzweise eine Zahlung von 12,00 € je nichtgeleiteter Stunde zu erbringen. Mit dem Beitritt zur Tennisabteilung e.V. erkenne ich die Satzung des Vereins an. Die abweichende Kündigungsfrist der Tennisabteilung e.V. gilt dann auch für die Mitgliedschaft im Hauptverein.

Mit dem Beitritt zur Sport und Kulturgemeinschaft e.V. Wallerstädten erkenne ich die Satzung des Vereins an. Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Mitgliedschaft der Zustimmung des Vorstandes zu diesem Aufnahmeantrag bedarf. Ein Rechtsanspruch auf die Mitgliedschaft besteht nicht.

Ort * _____

Datum * _____

Unterschrift * _____

bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Bitte Einzugsermächtigung immer ausfüllen! Auch bei Familienmitgliedern. Kontoinhaber bitte mit Vor- und Nachname.

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige(n) ich / wir Sie widerruflich die Fälligkeiten zu Lasten meines / unseres Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

IBAN * _____ BIC * _____

Kreditinstitut * _____

Kontoinhaber * _____

Ort * _____ Datum * _____ Unterschrift * _____

Kontoinhaber

** ab 3. Mitglied beitragsfrei, wenn die betreffende Person unter 18 Jahren ist. Details zum Familienbeitrag entnehmen Sie bitte der aktuellen Satzung und Beitragsordnung (Änderungen vorbehalten).