

Eintrittserklärung

Mit Wirkung vomerkläre ich meinen Eintritt in den Verein

„Freunde und Förderer des TSV Mühlenfeld e.V.“



Name: _____ **Vorname:** _____
PLZ/Wohnort: _____ **Straße:** _____
Geb.-Datum: _____ **Beruf:** _____
Telefon: _____ **E-Mail:** _____

Durch die Unterschrift wird die gültige Satzung der „Freunde und Förderer des TSV Mühlenfeld e.V.“ verbindlich anerkannt. Die gültige Satzung wird in schriftlicher Form bei Vereinseintritt ausgehändigt. Außerdem kann sie jederzeit unter www ffm-muehlenfeld.de (Menüpunkt „Satzung“) eingesehen werden.

Der Unterzeichner erklärt durch seine Unterschrift, dass er für den Mitgliedsbeitrag und dessen pünktliche Begleichung gesamtschuldnerisch haftet.

Ein Austritt aus dem Verein „Freunde und Förderer des TSV Mühlenfeld e.V.“ ist gemäß Satzung nur zum Jahresende unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist möglich.

Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung der personenbezogenen Daten für Vereinszwecke, gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes, wird das Einverständnis erklärt. Es besteht für das Vereinsmitglied jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten zu erhalten.

Ort/Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Spendenerklärung

Zusätzlich zu dem derzeitigen Mitgliedsbeitrag (2 € / Monat) erkläre ich, den Betrag von _____ € / Monat spenden zu wollen.

Diese Erklärung gilt bis zu ihrem Widerruf.

Ort/Datum: _____ **Unterschrift:** _____

SEPA-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubigers): Freunde und Förderer des TSV Mühlenfeld e.V.
Hindenburgstraße 11
31535 Neustadt

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE43ZZZ00000980447 Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer

Ich ermächtige den Verein „Freunde und Förderer des TSV Mühlenfeld e.V.“ den gültigen Vereinsbeitrag und die zugesagte Spende halbjährlich im voraus (Januar + Juli) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein „Freunde und Förderer des TSV Mühlenfeld e.V.“ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: Vorname: _____ Name: _____
Anschrift: _____
Kreditinstitut: _____
BIC: _____ IBAN: DE _____

Ort/Datum: _____ **Unterschrift:** _____