



Antrag auf Mitgliedschaft

(gültig ab 01.12.2017)

Name: _____ **Vorname:** _____
geb.am: _____ **Mitgl-Nr.:** _____
Straße: _____ **PLZ, Ort:** _____
Telefon: _____ **E-Mail:** _____
Eintritt am: _____ **Abteilung:** _____

Ich erkenne die Satzung der SG Medizin Bad Sulza e.V. an. Eine Kündigung ist nur schriftlich zulässig. Meine Daten dürfen im Rahmen der Mitgliederverwaltung vereinsintern verwendet werden. Die Mitglieder sind durch die Beitragszahlung im Rahmen der Sportversicherung des Landessportbundes Thüringen versichert.

			Beitrag	Aufnahmegebühr
Jahresbeiträge Zutreffendes bitte ankreuzen	<input type="radio"/>	Kinder (unter 18 Jahre) Auszubildende/Studenten/Schüler ab 18 J. (nur auf Antragstellung mit Nachweis)	24,00 €	3,00€
	<input type="radio"/>	Erwachsene ab 18 Jahre	60,00 €	5,00€
	<input type="radio"/>	ALG 2 Empfänger	36,00 €	3,00€

Bei Volljährigkeit wird automatisch auf Erwachsenenbeitrag umgestellt.

_____ Datum

_____ Unterschrift Mitglied

Minderjährige Mitglieder:

Ich/Wir als der/die gesetzlichen Vertreter genehmige/n hiermit den Beitritt für mein/unsere Kind bis zum Eintritt der Volljährigkeit die persönliche Haftung für die Beitragspflichten meines/unseres Kindes gegenüber dem Verein.

1) _____
 Unterschrift Erziehungsberechtigter

2) _____
 Unterschrift Erziehungsberechtigter

Erteilung eines SEPA -Lastschriftmandates

Die Vereinsbeiträge gemäß Satzung werden einmal jährlich zum 31.März jeden Jahres eingezogen. Fällt dieser nicht auf einen Bankarbeitstag, erfolgt der Einzug am unmittelbar darauf folgenden Bankarbeitstag. Wir bitten Sie, für entsprechende Kontodeckung zu sorgen. Laut Finanzordnung §9 Absatz 2 wird keine Beitragsrückerstattung bei Austritt im laufenden Jahr gestattet.

Zahlungsempfänger: SG Medizin Bad Sulza e.V.
 Gläubiger-Identifikationsnummer: DEL3ZZZ00000458733
 Mandatsreferenznummer: = Mitgliedsnummer in der SG Medizin Bad Sulza

SEPA-Lastschriftmandat:
 Ich ermächtige die SG Medizin Bad Sulza e.V., Zahlungen von meinem u.a. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SG Medizin Bad Sulza e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Die Rückgabe der Lastschrift wird nicht als Kündigung anerkannt!

Name, Vorname des Kontoinhabers: _____

IBAN : _____ **BIC:** _____

_____ Ort, Datum

_____ Unterschrift (Kontoinhaber)