

Mitgliedsantrag



Den Antrag bitte bei dem zuständigen Übungsleiter der jeweiligen Sportgruppe abgeben!

Bestätigung des Übungsleiters: _____

Hiermit stelle ich den Antrag,
Mitglied im Gymnastikverein Grimma zu werden:

Name, Vorname _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geb.-Datum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Vorstand: Dr. Gudrun Paul
Telefon: 03437-919781
Mobil: 0170-563 563 0
Mail: info@gvgrimma.de

Gläubiger ID: DE77GVG00001233684
IBAN: DE51 8605 0200 1010 0132 26
BIC: SOLADES1GRM
Bank: Sparkasse Muldental

www.gvgrimma.de

VEREINSINTERN AUSZUFÜLLEN

- Einzugsermächtigung liegt vor
 Mitgliedsdaten wurden bearbeitet

Mitgliedsnummer

Meine gewünschte SPORTGRUPPE

Bezeichnung des Sportangebots (Erstwahl)

Trainingstag

Uhrzeit

Name des Übungsleiters

Eintrittsdatum

Die Satzung des Vereins, die Beitragsordnung und der **Einzug des Mitgliedbeitrages per Einzugsermächtigung 1 x im Jahr** sind mir bekannt und werden von mir anerkannt. Die Bearbeitungsgebühr in Höhe von **10,00 € für die Aufnahme in den Verein soll mit dem Ersteinzug einmalig eingezogen werden.**

Datum, Unterschrift: _____

Allgemeine Bestimmungen:

Das Mitglied erhält nach Eingang des Antrages eine schriftliche Bestätigung seiner Mitgliedschaft, die aktuelle Satzung und die Beitragsordnung. Der Austritt aus dem Verein ist schriftlich zum Ende des Kalenderjahres, unter Einhaltung einer Frist von 4 Wochen, zu erklären. Die Daten des Mitgliedes werden vertraulich vereinsintern behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Einzugsermächtigung auf der Rückseite - bitte wenden



SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Gymnastik Verein Grimma e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Markt 3

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

04668 Grimma

Land / Country:

Deutschland

B R D

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 7 7 G V G 0 0 0 0 1 2 3 3 6 8 4

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

X X X X - G V G - B E I T R A G

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment **Einmalige Zahlung / One-off payment**

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: