

# MITGLIEDSANTRAG

**Ifeld Bulls United e.V.**  
Weidentalswiese 1

99768 Harztor



Ich beantrage die Aufnahme als Mitglied im **Ifeld Bulls United e.V.**

## **Persönliche Angaben (Erwachsener oder gesetzlicher Vertreter)**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße / Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

## **Angaben des Kindes (nur bei Minderjährigen)**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## **Mitgliedsbeitrag**

Der monatliche Mitgliedsbeitrag beträgt **10,-** Euro.

## **Zahlungsart**

- Barzahlung (gegen Quittung)  
 Überweisung  
 SEPA-Lastschrift (siehe Lastschriftmandat unten)

## **Erklärung**

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum **Ifeld Bulls United e.V.**. Die Satzung des Vereins erkenne ich an und verpflichte mich zur fristgerechten Zahlung des Mitgliedsbeitrages.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift (Erwachsener/Mitglied oder gesetzlicher Vertreter): \_\_\_\_\_

## **Einwilligung zur Datenverarbeitung**

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass meine persönlichen Daten sowie die meines Kindes (falls zutreffend) ausschließlich zum Zweck der Mitgliedsverwaltung elektronisch gespeichert und verarbeitet werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift (Erwachsener/Mitglied oder gesetzlicher Vertreter): \_\_\_\_\_

## **SEPA-Lastschriftmandat**

**(wenn SEPA-Lastschrift angekreuzt)**



Ich ermächtige den **Ilfeld Bulls United e.V.**,  
Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift  
einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an,  
die vom **Ilfeld Bulls United e.V.** auf mein Konto  
gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

### **Bankverbindung**

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Verwendungszweck: Mitgliedsbeitrag / [Name des Mitgliedes]

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

**Unterschrift (Erwachsener/Mitglied oder gesetzlicher Vertreter):** \_\_\_\_\_