



AUFNAHMEANTRAG

Mitgliedsnummer: _____

Ich beantrage hiermit die Aufnahme beim SSV Rot-Weiß Steinbrücken 1955 e.V. in der Abteilung Fußball als aktives ☐ oder passives ☐ Mitglied.

Name:		Geburtsdatum:	
Vorname:		Telefon:	
Straße:		Handy:	
PLZ:		Ort:	
Ort:		E-Mail (wichtig für Einladung zur JHV):	

Sind bereits andere Familienmitglieder Mitglied im SSV Steinbrücken? Ja ☐ / Nein ☐

Laut Beschluss der Mitgliederversammlung vom 20.08.2021 gelten folgende Regelungen bezüglich des Mitgliedsbeitrages (bitte den entsprechenden Beitrag ankreuzen):

- ☐ **Familienbeitrag** 51,00 € jährlich Beitrag für eine Familie mit beliebig vielen Kindern.
- ☐ **Erwachsene** 30,00 € jährlich
- ☐ **Ehepaarbeitrag** 45,00 € jährlich Der Partner zahlt nur den halben Beitrag.
- ☐ **Kinder (ohne JFV)** 18,00 € jährlich Dieser Beitrag gilt für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre, die (noch) kein Mitglied im JFV sind.
- ☐ **Kinder (mit JFV)** (6,00 € jährlich) Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre, die Mitglied im JFV sind, zahlen dort ihren Beitrag - der JFV zahlt pro Spieler 6,00 € an den Stammverein SSV Steinbrücken.

Der Beitrag wird jährlich eingezogen. Der Einzug des Beitrages erfolgt immer zum 01.05. eines jeden Jahres. Der Mitgliedsbeitrag ist jeweils ab dem Jahresanfang zu zahlen, in dem die Aufnahme beantragt wird. Falls die Aufnahme nach dem jährlichen Einzug (01.05.) beantragt wird, ist der Mitgliedsbeitrag ab dem darauffolgenden Jahr zu zahlen. Zur Erleichterung der ehrenamtlichen Arbeit wird dringend gebeten, ein SEPA-Lastschriftmandat zu erteilen. Dies erleichtert unsere Arbeit erheblich! > siehe Rückseite!

Für den Fall des Austritts aus unserem Verein weisen wir darauf hin, dass dieser gemäß der gültigen Satzung nur schriftlich für den Schluss eines Kalenderjahres zulässig und spätestens drei Monate zuvor dem Vorstand gegenüber zu erklären ist. Zum 31.12. endet in diesem Fall auch die Beitragspflicht.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die gültigen Satzungen, Ordnungen, Beiträge und eventuelle Zusatzbeträge des SSV Rot-Weiß Steinbrücken 1955 e.V. als verbindlich an. Die Satzung kann beim Schriftführer des Vereins jederzeit eingesehen bzw. abgeholt werden. Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke, gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes, bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____
(bei Jugendlichen unter 18 Jahren ist zusätzlich die Unterschrift der / des gesetzlichen Vertreter/s erforderlich)

Bitte das Sepamandat auf der Rückseite ausfüllen – Danke!

Anschrift bzgl. Beitrag und Mitgliederverwaltung:
Janine Thieme
Birkenweg 10
35716 Dietzhölztal

SSV Rot-Weiß
Steinbrücken 1955 e.V.:
Vertreten durch
Gesamtvorstand

Vorstand nach §26 BGB:
Roland Eckhardt
Nils Krautwald
Janine Thieme

Sparkasse Dillenburg
BLZ 516 500 45
Konto 15 156
Steuer-Nr. 009 250 00256

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

SSV Rot-Weiß Steinbrücken 1955 e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Kassiererin: Janine Thieme, Birkenweg 10, 35716 Dietzhölztal - Steinbrücken

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

35716 Dietzhölztal - Steinbrücken

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE47ZZZ00000223290

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

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****Straße und Hausnummer / Street name and number:****Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):****Ort / Location:****Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**