

# Heikendorfer Sportverein von 1924 e.V.

Postfach 1, 24226 Heikendorf - Telefon: 0431-242843

## Eintrittserklärung



Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_ Sparte: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Weitere Familienmitglieder: (wenn bereits Mitglied dann bitte ankreuzen)

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ bereits Mitglied

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Monatsbeiträge: Passive: 6,00 €

Kinder/Jugendliche: 8,00 €

Erwachsene: 11,00 €

Familien: 20,00 €

Aufnahmegebühr: Einzelpersonen: 13,00 €

Familien: 25,00 €

Zusatz-Beiträge: Leistungsturnen: 5,00 €

Breakdance: 5,00 €

Fußball ab E-Jugend: 2,00 €

Tanzen: Informationen erteilt die Tanzsparte

Tennis: Informationen erteilt die Tennissparte

Herzsport: Informationen erteilt die Geschäftsstelle

### Bankverbindung:

Förde Sparkasse, DE04 2105 0170 0030 0019 94

SWIFT-BIC: NOLADE21KIE

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE87 ZZZ 00000129547



## **Einzugsermächtigung - SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige den Heikendorfer Sportverein von 1924 e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Heikendorfer SV auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen bzw. verpflichte ich mich, den Vereinsbeitrag und die Aufnahmegebühr im Voraus auf eines Ihrer Konten zu überweisen.

Bei Erteilung einer Genehmigung zum Einzug der Beiträge und der Aufnahmegebühr werden diese vierteljährlich ab dem 1. Geschäftstag eines Quartals eingezogen. Erstbeiträge werden ab dem 1. Geschäftstag eines Monats eingezogen.

Mir ist bekannt, dass bei Nichtzahlung des Vereinsbeitrages der Sportversicherungsschutz erlischt und ich aus dem Verein ausgeschlossen werden kann. Ferner ist mir bekannt, dass ich meinen Austritt nur 4 Wochen vor Quartalsende erklären kann.

### **Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen**

---

Name, Vorname der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers

---

Kreditinstitut (Name und BIC)

---

IBAN

---

Ort, Datum Unterschrift der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers

**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.

Ihre Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer) wird auf der Lastschrift mitgeteilt.

**Sie erreichen uns jeden Montag (außer in den Ferien) von 18.00 -19.00 Uhr in der Geschäftsstelle im Sportheim oder telefonisch in dieser Zeit: 0431-242843**

**Förderer des Sports:**

**Förde Sparkasse, Provinzial Nord, Landesbausparkasse**