



SPORT- UND KULTURGEMEINSCHAFT 1919/45 OBERH"CHSTADT/TS. E.V.

Gesundheitssport - Fitnessprogramme - Kinderturnen - Volleyball
Fechten - Inlineskaten - Wakeboarden - Wasserski - Ski und Snowboard

Am Sportfeld 3 - 61476 Kronberg
info@SKG-im.net - www.SKG-im.net
06173 - 99 69 55 06173 - 99 69 77

Beitrittserkl"rung

Hiermit beantrage/n ich/wir unter Anerkennung der Satzung, der Beitragsordnung sowie der Datenschutzerkl"rung die Aufnahme in die SKG Oberh"chstadt:
(Die Satzung und die Datenschutzerkl"rung k"nnen auf der Website der SKG eingesehen werden)

m"nnlich weiblich

Name, Vorname, Geburtsdatum

Stra"e, Hausnummer, PLZ, Ort

Email (wichtig!)

Telefon

Beginn der Mitgliedschaft

Besuchter Kurs

Datum, Unterschrift

Das Mitgliedsjahr beginnt am 01.01. und endet am 31.12. des Kalenderjahres.

Mitgliedsbeitr"ge sind Jahresbeitr"ge. Die Beitr"ge werden am 1. Werktag im M"rz zentral per Basislastschriftverfahren eingezogen.

Tritt ein Mitglied innerhalb eines laufenden Mitgliedjahres in den Verein ein, so wird der Beitrag nur anteilig bis zum Ende des laufenden Mitgliedjahres erhoben.

Ein Austritt muss schriftlich per Post, Fax oder Email sp"testens 4 Wochen vor Jahresende erfolgen. Eine R"ckerstattung f"r bereits geleistete Beitr"ge bei K"ndigung der Mitgliedschaft im laufenden Mitgliedjahr ist ausgeschlossen.

Jahresbeitr"ge Stand 2020:

- passive Mitgliedschaft 60,- €
- Kinder und Jugendliche: 72,- €
- Erwachsene: 84,- €
- Senioren ab 60 Jahre: 72,- €
- Aufnahmegeb"hr (einmalig) / Verwaltungsgeb"hr (z.B. R"cklastschrift): 10,- €
- Zusatzgeb"hr Fechtabteilung: 168,- €

SEPA-Basislastschrift-Mandat f"r wiederkehrende Zahlungen als Bestandteil der Vereinsmitgliedschaft

Zahlungsempf"nger:

Sport- und Kulturgemeinschaft 1919/45 Oberh"chstadt e.V.
Am Sportfeld 3, 61476 Kronberg, Deutschland
Gl"ubiger-Identifikationsnummer DE 37ZZZ 00000 519320

SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich erm"chtige / wir erm"chtigen die SKG Oberh"chstadt Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die von der SKG Oberh"chstadt auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzul"sen. Ich kann / wir k"nnen innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Zahlungspflichtigen

Stra"e, Hausnummer, PLZ, Ort, Land des Zahlungspflichtigen

Name des Zahlungsdienstleisters des Zahlungspflichtigen

_____|_____
Internationale Bankleitzahl BIC des Zahlungsdienstleisters des Zahlungspflichtigen

DE____|_____|_____|_____|_____|_____
Internationale Bankkontonummer IBAN des Zahlungspflichtigen

(Ort, Datum und Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen)

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.