



SPORT- UND KULTURGEMEINSCHAFT 1919/45 OBERHÖCHSTADT/TS. E.V.

Babys in Bewegung - Eltern-Kind-Turnen - Kindersport
Gesundheitssport - Fitnessprogramme - Fechten

Am Sportfeld 3 - 61476 Kronberg
info@SKG-im.net 06173 - 989 35 77

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage/n ich/wir unter Anerkennung der Satzung, der Beitragsordnung sowie der Datenschutzerklärung die Aufnahme in die SKG Oberhöchstadt:
(Die Satzung und die Datenschutzerklärung können auf der Website der SKG eingesehen werden)

☐ männlich ☐ weiblich	
Name, Vorname,	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer,	PLZ, Ort
Email (wichtig!)	Telefon
Beginn der Mitgliedschaft	Besucher Kurs
Datum, Unterschrift	

Das Mitgliedsjahr beginnt am 01.01. und endet am 31.12. des Kalenderjahres. Mitgliedsbeiträge sind Jahresbeiträge. Die Beiträge werden am 1. Werktag im März 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 E-Mail oder Post spätestens zum 30. November erfolgen. Danach ist der Beitrag für das Folgejahr fällig. Eine Rückerstattung für bereits geleistete Beiträge bei Kündigung der Mitgliedschaft im laufenden Mitgliedsjahr ist ausgeschlossen.

Jahresbeiträge Stand 2026:

- | | | | |
|---|-----------------|---------------------------|--------|
| - passive Mitgliedschaft | 60,- € | - Kinder und Jugendliche: | 72,- € |
| - Erwachsene: | 84,- € | - Senioren ab 60 Jahre: | 72,- € |
| - Aufnahmegebühr (einmalig) / Verwaltungsgebühr (z.B. Rücklastschrift): | 10,- € | | |
| - Zusatzgebühr Fechtabteilung: | 228,- im Jahr | | |
| - Zusatzgebühr Ballett: | 198,- € im Jahr | | |

SEPA-Basislastschrift-Mandat für wiederkehrende Zahlungen als Bestandteil der Vereinsmitgliedschaft

Zahlungsempfänger:

Sport- und Kulturgemeinschaft 1919/45 Oberhöchstadt e.V.
Am Sportfeld 3, 61476 Kronberg, Deutschland
Gläubiger-Identifikationsnummer DE 37ZZZ 00000 519320

SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige / wir ermächtigen die SKG Oberhöchstadt Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die von der SKG Oberhöchstadt auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

Kontoinhaber

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort (wenn abweichend)

Name der Bank

_____|_____
Internationale Bankleitzahl BIC

DE_____|_____|_____|_____|_____|_____
Internationale Bankkontonummer IBAN

Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers

Die Mandatsreferenz wird mit der Bestätigung per Mail mitgeteilt.