



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.
Die Mitgliedschaft ist nicht an die Teilnahme an Sportstunden gebunden.
Die Mitgliedschaft verlängert sich automatisch um 1 Jahr sofern sie nicht gekündigt wird.
Die Mitgliedsbeiträge sind Jahresbeiträge und zu Beginn des Mitgliedsjahres fällig, werden aber erst am 1. Werktag im März zentral per Basislastschrift eingezogen. Ein Austritt muss schriftlich per Post oder E-Mail spätestens am 30. November erfolgen. Mitte Dezember meldet der Verein seine Mitglieder bei den Sportverbänden und den Versicherungen.
Danach wird 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 Ballettgruppe: 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

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
Internationale Bankkontonummer IBAN

____ | ____
Internationale Bankleitzahl BIC

Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers

Die Mandatsreferenz wird mit der Bestätigung per Mail mitgeteilt.