

Freunde und Förderer des Fußballs des TSV Krefeld – Bockum 1901 e.V.

Geschäftsstelle: Sollbrüggenstr.73, 47800 Krefeld Tel.: 02151-590759

Vorsitzender: Jochem Krebs, Sollbrüggenstr. 73, 47800 Krefeld
mob.: 0171-3661988
e-mail: jochem.krebs@tsvbockum.de

Geschäftsführer Martha Dammer, Sollbrüggenstr.73, 47800 Krefeld
Tel.: 02151-590759

Bankverbindung: Volksbank Krefeld e.G.
IBAN: DE97320603621207821019 BIC:GENODED1HTK

Internet: www.tsvbockum.de

Beitrittserklärung

Ich bitte um Aufnahme in den Förderverein

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

(Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Gemäß § 8 der Satzung ist ein Austritt nur zum Ende eines Kalenderjahres möglich und bis zum 30. September des betreffenden Jahres schriftlich gegenüber dem Vorstand zu erklären.

Es besteht jedoch Beitragspflicht bis zum Ablauf des Kalenderjahres.

Mit dem Beitritt wird die Satzung der Freunde und Förderer des Fußballs des TSV Krefeld - Bockum 1901 e.V. anerkannt.

Beiträge/Zahlung

Unser Jahresbeitrag beträgt derzeit

12,00 Euro

Der Beitrag wird grundsätzlich am 01.02. als **Jahresbeitrag** im Rahmen des SEPA-Lastschriftverfahrens im Voraus erhoben (§ 4 der Satzung, hier Beitragsordnung). Sie haben die Möglichkeit, diese Einzugsermächtigung jederzeit zu widerrufen.

Falls sie umziehen oder sich Ihre Bankverbindung ändert, geben Sie uns bitte davon schriftlich oder telefonisch Kenntnis.

Gläubiger- Identifikationsnummer **DE 24 ZZZ00000304796**

Mandatsreferenz _____ (ist vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige/n die Freunde und Förderer des Fußballs des TSV Krefeld – Bockum 1901 e.V. Zahlungen bei Fälligkeit von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von den Freunde und Förderer des Fußballs des TSV Krefeld – Bockum 1901 e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich/Wir kann/können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber(in): _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Bank/Sparkasse: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Falls mein/unser Konto nicht die entsprechende Deckung aufweist, und durch mein/unser Kreditinstitut die SEPA-Lastschrift nicht eingelöst wird, gehen die hieraus entstehenden Kosten zu meinen/unseren Lasten.

Datum: _____ Unterschrift: _____