VfB Friedrichshafen e.V.
Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE23HAU00000241473

GESCHÄFTSSTELLE
88045 Friedrichshafen, Teuringer Str. 2
Telefon: 07541-55441 / Fax: 07541-52555
mitglieder@vfb-friedrichshafen.de, www.vfb-friedrichshafen.de

A U F N A H M E - A N T R A G

zur

MITGLIEDSCHAFT IM VfB FRIEDRICHSHAFEN

Abt.: FUSSBALL

Mitglieds-Nr.: _____

Mandats-Nr.: _____

JAHRESBEITRAG

1. Erwachsene	Grundbeitrag	40,00 €	Abteilungsbeitrag	94,00 €	VfB-Gesamtbeitrag	134,00 €
2. Kinder bis 7 Jahre	Grundbeitrag	28,00 €	Abteilungsbeitrag	60,00 €	VfB-Gesamtbeitrag	88,00 €
3. Jugend bis 18 Jahre	Grundbeitrag	28,00 €	Abteilungsbeitrag	156,00 €	VfB-Gesamtbeitrag	184,00 €
4. Senioren ab 60 Jahre	Grundbeitrag	40,00 €	Abteilungsbeitrag	74,00 €	VfB-Gesamtbeitrag	114,00 €
Ehrenmitglieder	Grundbeitrag	Frei	Abteilungsbeitrag	Frei	VfB-Gesamtbeitrag	Frei

Sind in einer Familie mehrere Kinder in der Abteilung Fußball, werden für diese Mitgliedschaften gestaffelte Abteilungsbeiträge erhoben:
2. Kind bis 7 Jahre – Abteilungsbeitrag 30,00 € / **2. Kind/Jugendlicher** bis 18 Jahre – Abteilungsbeitrag 78,00 € / **3. Kind/Jugendlicher** bis 18 Jahre – Abteilungsbeitrag 52,00 €
jeweils zzgl. Grundbeitrag je nach Alter - siehe oben

MITGLIEDSDATEN

Name:		Vorname:			w ❍ m ❍
PLZ:		Ort:		Geb.-Datum:	
Straße:				Nationalität:	
Telefon:		Mobil:		Eintritt zum: (Bitte frei lassen)	
Email:				Austritt zum: (Nur zum 31.12.)	

FÜR FOLGENDE FAMILIENMITGLIEDER WIRD EBENFALLS EINE MITGLIEDSCHAFT GEWÜNSCHT:

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:	Mitglieds.-Nr.	Mandats-Nr.

Auf die diesem Aufnahme-Antrag beiliegenden Hinweise zur Mitgliedschaft im VfB Friedrichshafen e.V. wird verwiesen. Sie sind Grundlage für die Mitgliedschaft im VfB Friedrichshafen e.V.

BANKDATEN

Konto-Inhaber: Vor- und Nachname	Bank:	Konto-Nr.:	BLZ:

IBAN: D E

BIC / SWIFT: **Beides finden Sie auf Ihrem Kontoauszug!**

Einzugsermächtigung (SEPA-Lastschriftmandat)
Ich ermächtige den oben genannten Zahlungsempfänger widerruflich, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von o.g. Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

_____ Ort / Datum

_____ Unterschrift Mitglied / Erziehungsberechtigter

(Stand 01.01.2016)