

## Eintrittserklärung

- Bitte in Druckschrift ausfüllen -

Hiermit beantrage ich die Aufnahme zu den Roßdorfer Skifreunden e.V.:

Name: ..... Geb.-Datum: .....

Vorname: ..... Beruf: .....

Straße: ..... Telefon: .....

PLZ, Wohnort: ..... Mobil-Telefon: .....

E-Mail: .....

**Des weiteren wünsche** ich die erweiterte Mitgliedschaft in folgenden Abteilungen:

- Bitte ankreuzen

Snowsports

Badminton

Triathlon

*Hinweis:*

*Aus organisatorischen Gründen ist ein Bankeinzug der jährlichen Mitgliedsbeiträge notwendig und Voraussetzung. Eventuelle Kündigung der Mitgliedschaft ist in schriftlicher Form an die Geschäftsstelle zu richten und nur **3 Monate zum jeweiligen Jahresende** möglich!*

Weitere Informationen unter [www.rossdorfer-skifreunde.de](http://www.rossdorfer-skifreunde.de)

Datum: .....

Unterschrift d. Mitgliedes

.....

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

.....

**Erteilung einer Einzugsermächtigung u. eines SEPA-Lastschriftmandats**

- Bitte in Druckschrift ausfüllen -

|   |                     |
|---|---------------------|
| Name des Zahlungsempfängers:<br>Rossdorfer Skifreunde e.V. (RSF e.V.)   |                     |
| Anschrift des Zahlungsempfängers:<br>Darmstädter Str. 11<br>64380 Roßdorf   |                     |
| Gläubiger-Identifikationsnummer:<br>DE80ZZZ00001160395  |                     |
| Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger Rossdorfer Skifreunde auszufüllen):<br>MIT-  |                     |
| Einzugsermächtigung:<br>Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger „RSF e.V.“ widerruflich, den von mir / uns zu zahlenden, jeweils gültigen Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.  |                     |
| SEPA-Lastschriftmandat:<br>Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger „(RSF e.V.)“, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger „RSF e.V.“ auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. |                     |
| Hinweis: 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.  |                     |
| Zahlungsart: <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung  |                     |
| Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):  |                     |
| Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):<br>Straße und Hausnummer:<br>Postleitzahl und Ort:  |                     |
| IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):<br>D E  |                     |
| BIC (8 oder 11 Stellen):  |                     |
| Ort:  | Datum (TT/MM/JJJJ): |
| Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):  |                     |