

**Beitrittserklärung zum
Fichtelgebirgsverein e.V.
Ortsverein Selb-Plößberg
Christoph-Krautheim-Str. 73
95100 Selb**

1. Vorsitzende:
Ramona Scherg
Thomas Mühle

Internet: www.fgv-selb-ploessberg.de
E-Mail: info@fgv-selb-ploessberg.de



(bitte in Druckschrift ausfüllen)

Antragsteller:

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____
Geburtsdatum: _____ Beruf (freiwillige Angabe): _____
Straße/Haus-Nr.: _____ PLZ/Wohnort: _____
Telefon/Handy: _____ E-Mail: _____

Mein Partner möchte auch Mitglied werden:

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____
Geburtsdatum: _____ Beruf (freiwillige Angabe): _____
Straße/Haus-Nr.: _____ PLZ/Wohnort: _____
Telefon/Handy: _____ E-Mail: _____

Meine Kinder möchten auch Mitglied werden:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Jahresbeitrag (Hauptverein + Ortsgruppenzuschlag)

Erwachsene (Vollmitglieder): 20,00 € + 4,00 € = 24,00 €
Ehegatten (Partner, eheähnlich): 8,00 € + 1,00 € = 9,00 €
Kinder, Jugendliche bis 27 Jahre: 6,00 € + 1,00 € = 7,00 € (Schüler, Auszubildende, Studenten o.ä.)

Hinweise zur Mitgliedschaft:

Mit seiner/ihrer Unterschrift bestätigt der/die Antragsteller/in, dass er/sie die Ziele und insbesondere die Satzung des Fichtelgebirgsvereins anerkennt. Ich bin damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten gemäß Bundesdatenschutzgesetz vom 20.12.1990 für vereinsinterne Zwecke gespeichert werden.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Fichtelgebirgsverein, Ortsverein Selb-Plößberg ab dem _____ .

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Bei Minderjährigen der/des gesetzlichen Vertreter

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE46 7805 0000 0430 1301 61 Mandatsreferenz: *(wird separat mitgeteilt)*

Ich ermächtige den Fichtelgebirgsverein, Ortsverein Selb-Plößberg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Fichtelgebirgsverein, Ortsverein Selb-Plößberg auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung.

IBAN: DE ___/___/___/___/___/___

Kreditinstitut: _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift
Kontoinhaber: _____

