



# Beitritts- erklärung

**SC Opel 06 Rüsselsheim**

Am Sommerdamm 8  
Postfach 1901  
65428 Rüsselsheim  
☎ 06142-8343926  
info@scopel.de  
www.scopel.de

Gläubiger-Identifikationsnummer DE69SCO00000580242

Mandatsreferenz /  
Mitglieds-Nr. \_\_\_\_\_

**Beitrittsklärung**

**Änderung**

<b>Name</b>		<b>Mitgliedsbeitrag</b>			
<b>Vorname</b>		vtj. €	halbj €	Jahr € €	
<b>Nationalität</b>	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> Aktive	48	96	192
<b>Geburtsdatum</b>		<input type="checkbox"/> Passive	30	60	120
<b>PLZ / Wohnort</b>		<input type="checkbox"/> Familie	54	108	216
<b>Straße</b>		<input type="checkbox"/> <18 Jahre *Azubi **Studenten	42	84	168
<b>Telefon/ Handy</b>		<b>Aufnahmegebühr</b> - Aktive 25 € - Jugend 20 €			
<b>E-Mail</b>		**Studenten und Auszubildende über 18 Jahre erhalten den ermäßigten Beitragssatz nur nach Vorlage einer aktuellen Bescheinigung.			

**Hiermit erkläre ich meinen Beitritt/den Beitritt meines Kindes zum SC Opel 06 Rüsselsheim.** Die Satzung und Beitragsordnung, die in der Geschäftsstelle erhältlich bzw. einsehbar sind, erkenne ich in der jeweils gültigen Fassung an. Der Verein speichert persönliche Daten, welche der Mitgliederverwaltung und dem Lastschriftzugang dienen. **Die Mitgliedschaft kann nur schriftlich mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende gekündigt und muss dem Verein rechtzeitig zugestellt werden.**

Bei Minderjährigen: Ich erkläre mich bereit, die Beitragszahlung zu übernehmen. Die Schuldübernahme ist bis zur Volljährigkeit begrenzt.

**Eintrittsdatum** \_\_\_\_\_

Rüsselsheim,

X

Datum / Unterschrift

**Bitte immer ausfüllen falls Kontoinhaber nicht Vereinsmitglied ist** – dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den SC Opel 06 Rüsselsheim Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SC Opel 06 Rüsselsheim 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.

**Konto-Inhaber** \_\_\_\_\_

**Bankinstitut** \_\_\_\_\_

**BIC** \_\_\_\_\_

DE \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**IBAN**

Rüsselsheim,

X

Datum / Unterschrift

Vorname / Nachname (Druckbuchstaben)