

F.C. Kickers-Viktoria 1910 e.V. Mühlheim a.M.

Jugendabteilung Fussball
F.C. Kickers-Viktoria 1910 Mühlheim a.M.
Postfach 1202
63165 Mühlheim am Main



Beitrittserklärung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich meinen Beitritt zum Fußballverein F.C. Kickers-Viktoria 1910 e.V. Mühlheim a.M.

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Geb.-Datum: _____ Geburtsort: _____

Email: _____ Eintrittsdatum: _____

Derzeit gültige Beiträge:

- | | | |
|--------------------------|--|------------|
| <input type="checkbox"/> | Jahresbeitrag Jugendspieler | 108,00 EUR |
| <input type="checkbox"/> | Jahresbeitrag 1.Geschwisterkind (zahlt zusätzlich) | 84,00 EUR |
| <input type="checkbox"/> | Jahresbeitrag 2.Geschwisterkind (zahlt zusätzlich) | 72,00 EUR |

Aufnahmegebühr 25,00 EUR (einmalig):

Passantrag Fußballverband, Trainingsoutfit: Shirt, Hose und Stutzen

Die Aufnahmegebühr ist bei Antragstellung zu entrichten.

Barzahlung (ggf. Quittung)

- **Der Beitragseinzug findet stets zum 01.02. oder 01.03 eines Kalenderjahres statt.**
- **Bei unterjährigem Beitritt wird der Beitrag anteilig für das Kalenderjahr erhoben.**
- **Eine Kündigung muss schriftlich, mindestens 3 Monate vor Ablauf des Kalenderjahres erfolgen.**

Mit Beitritt zum KV Mühlheim e.V., erkenne ich die aktuell gültige Satzung an. Diese kann mir auf Verlangen, postalisch oder elektronisch zugestellt werden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

F.C. Kickers-Viktoria 1910 e.V. Mühlheim a.M.

Jugendabteilung Fussball
F.C. Kickers-Viktoria 1910 Mühlheim a.M.
Postfach 1202
63165 Mühlheim am Main



SEPA-Einzugsermächtigung

Gläubigeridentifizierungsnummer: DE29 5065 2124 0008 0832 89
Mandatsreferenznummer: (wird ihnen separat mitgeteilt)

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige Ich / Wir den Zahlungsempfänger FC KV Mühlheim e.V. Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unserem Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger FC KV Mühlheim 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/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Mitgliedes: _____

Name des Kreditinstitutes: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Name des Kontoinhabers: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Kontoinhabers: _____