

1. FC Sonthofen e.V.



Mitgliedsantrag

Ich beantrage hiermit für die unten aufgeführte Person die Mitgliedschaft beim 1. FC Sonthofen e.V.

Nach § 4.3 der Satzung des BLSV vermittelt die Mitgliedschaft beim 1. FC Sonthofen e.V. ohne weitere Kosten zugleich die beim BLSV. Ich erkenne diese Doppelmitgliedschaft an. Die Kündigung der Mitgliedschaft muss schriftlich erfolgen und wird zum 31.12. des laufenden Jahres wirksam.

Die Satzungen des 1. FC Sonthofen steht unter www.fcsonthofen.de als Download zur Verfügung.

Die Kosten für die Erstellung des Spielerpasses durch den BFV werden von mir übernommen.

Nachname :	Vorname :	Geburtsdatum :
_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Straße, Hausnr. :	PLZ, Ort :	Telefon :
_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Geburtsort / Land :	Staatsbürgerschaft :	Bisheriger Verein :
_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____

Erziehungsberechtigter (Nur bei Minderjährigen ausfüllen):

Nachname :	Vorname :	Geburtsdatum :
_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Jugendliche bis 10 Jahre (60,00 €) <input type="checkbox"/>	Jugendliche 11-13 Jahre (80,00 €) <input type="checkbox"/>	Jugendliche 14-18 Jahre (90,00 €) <input type="checkbox"/>
zzgl. Ausbildungsbeitrag:	E-Jugend: 50,- €/ Jahr	D-, C-, und B-Jugend: 100,- €/ Jahr
Familienmitgliedschaft (150,00 €) <input type="checkbox"/> (ab 3 Personen möglich)	Aktive Mitgliedschaft (100,00 €) <input type="checkbox"/>	Passive Mitgliedschaft (35,00 €) <input type="checkbox"/>

Folgende Familienmitglieder sind bereits / werden Mitglied beim 1. FC Sonthofen e.V. (Nur wenn Familienmitgliedschaft JA)

Nachname :	Vorname :	Geburtsdatum :
_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____

<input checked="" type="checkbox"/> _____	<input checked="" type="checkbox"/> _____
Ort, Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen die Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Ich ermächtige den 1.FC Sonthofen e.V. (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE13FCS00000292772) bis auf Widerruf den Jahresbeitrag bei Fälligkeit von folgendem Konto per Lastschrift einzuziehen :

DE	_____	_____	_____
IBAN :	BIC:	Institut :	

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung der per Lastschrift eingezogenen Zahlung verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

<input checked="" type="checkbox"/> _____	<input checked="" type="checkbox"/> _____
Ort, Datum	Unterschrift Kontoinhaber