



# 1.FC Phönix 09 Kleinblittersdorf e.V.



Alfred Casimir, Allmendstraße 43b, 66399 Mandelbachtal

www.phoenix09.de, Gläubiger-ID DE76ZZZ00000623960, Steuer-Nr. 040/140/18552

## Kontoverbindungen:

Sparkasse Saarbrücken IBAN: DE20 5905 0101 0027 9417 72 BIC : SAKSDE55XXX

Vereinigte Volksbank IBAN: DE37 5909 2000 4085 5100 08 BIC: GENODE51SB2

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich den Beitritt folgender Person/-en zum 1. FC Phönix 09 Kleinblittersdorf e.V.

ab dem: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ für folgende Abteilung: \_\_\_\_\_ als

- |                                                  |                      |                                |
|--------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kind bis 14 Jahre       | Monatsbeitrag: 4,00€ | Abbuchung halbjährlich: 24,00€ |
| <input type="checkbox"/> Jugendliche(r) ab 14 J. | Monatsbeitrag: 5,00€ | Abbuchung halbjährlich: 30,00€ |
| <input type="checkbox"/> Student(in), Azubi      | Monatsbeitrag: 5,00€ | Abbuchung halbjährlich: 30,00€ |
| <input type="checkbox"/> Erwachsene              | Monatsbeitrag: 7,00€ | Abbuchung halbjährlich: 42,00€ |
| <input type="checkbox"/> Familienbeitrag         | Monatsbeitrag: 9,50€ | Abbuchung halbjährlich: 57,00€ |

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift erkenne ich den Inhalt der Satzung vom 01.03.2018 des 1.FC Phönix 09 e.V. an.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitglied / Erziehungsberechtigter

## SEPA – Lastschriftmandat

Ich (Wir) ermächtige(n) den 1. FC Phönix 09 Kleinblittersdorf e.V. zu Lasten meines/unseres Kontos den jeweiligen wiederkehrenden Mitgliedsbeitrag halbjährlich mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen.

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrages verlangen, sofern dieser Beitrag zu Unrecht belastet wurde. Es gelten dabei die mit meinem/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_ Vor- und Nachname des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

DE \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber