



# Mosbacher Fußballverein 1919 e.V.

FV 1919 Mosbach e.V. Neckarburkener Straße 9 74821 Mosbach

## Mitgliedschaftsantrag

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Mosbacher Fußballverein 1919 e.V.

Name : \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel.: privat \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

- |                       |                      |      |
|-----------------------|----------------------|------|
| <input type="radio"/> | Erwachsener          | 60 € |
| <input type="radio"/> | Erwachsener mit Kind | 70 € |
| <input type="radio"/> | Familie /Ehepaare    | 90 € |
| <input type="radio"/> | Jugendlicher         | 40 € |

Die Satzung des Vereins erkenne ich an.

Ein Austritt kann nur zum 31.12. eines Jahres erfolgen. Voraussetzung dafür ist, dass die Austrittserklärung bis 6 Wochen zum Jahresende des laufenden Jahres d.h bis spätestens 19. November schriftlich dem Verein zugeht.

Ein gesondertes **SEPA -Lastschriftmandat** zur Beitragserhebung befindet sich auf der **Rückseite** (Bitte ebenfalls unbedingt ausfüllen)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitglied  
(bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten)

# SEPA-Lastschriftmandat

## SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Mosbacher Fußballverein 1919 e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address:

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Neckarburkener Str. 9

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

74821 Mosbach

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE97ZZZ00000429291

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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 / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment

Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontinhaber) / Debtor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Deutschland

IBAN des Zahlungspflichtigen (max 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.  
Note: If the debtor's IBAN begins with DE, the BIC can be omitted.

Ort / Location

Datum(TT/MM/JJJJ) / Date(DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: