SKG OBERHÖCHSTADT
SPORT- UND KULTURGEMEINSCHAFT 1919/45 OBERHÖCHSTADT/TS. E.V.
Gesundheitssport - Fitnessprogramme - Kinderturnen - Volleyball
Fechten - Inlineskaten - Wakeboarden - Wasserski - Ski und Snowboard

Am Sportfeld 3 - 61476 Kronberg
info@SKG-im.net - www.SKG-im.net
06173 - 99 69 55 06173 - 99 69 77

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage/n ich/wir unter Anerkennung der Satzung und Beitragsordnung die Aufnahme in die SKG Oberhöchstadt:

☐ männlich ☐ weiblich

Name, Vorname, Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Email (wichtig!) Telefon

Beginn der Mitgliedschaft Besuchter Kurs

Datum, Unterschrift

Das Mitgliedsjahr beginnt am 01.01. und endet am 31.12. des Kalenderjahres.

Mitgliedsbeiträge sind Jahresbeiträge. Die Beiträge werden am 1. Werktag im März zentral per Basislastschriftverfahren eingezogen.

Tritt ein Mitglied innerhalb eines laufenden Mitgliedjahres in den Verein ein, so wird der Beitrag nur anteilig bis zum Ende des laufenden Mitgliedjahres erhoben.

Ein Austritt muss schriftlich per Post, Fax oder Email spätestens 4 Wochen vor Jahresende erfolgen. Eine Rückerstattung für bereits geleistete Beiträge bei Kündigung der Mitgliedschaft im laufenden Mitgliedsjahr ist ausgeschlossen.

Jahresbeiträge Stand 2018:

- passive Mitgliedschaft 48,- € - Kinder und Jugendliche: 60,- €
- Erwachsene: 72,- € - Senioren ab 60 Jahre: 60,- €
- Aufnahmegebühr (einmalig) / Verwaltungsgebühr (z.B. Rücklastschrift): 10,- €
- Zusatzgebühr Fechtabteilung: 140,- €

SEPA-Basislastschrift-Mandat für wiederkehrende Zahlungen als Bestandteil der Vereinsmitgliedschaft

Zahlungsempfänger:
Sport- und Kulturgemeinschaft 1919/45 Oberhöchstadt e.V.
Am Sportfeld 3, 61476 Kronberg, Deutschland
Gläubiger-Identifikationsnummer DE 37ZZZ 00000 519320

SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige / wir ermächtigen die SKG Oberhöchstadt
Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die von der SKG Oberhöchstadt auf mein /unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
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.

Name des Zahlungspflichtigen

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Land des Zahlungspflichtigen

Name des Zahlungsdienstleisters des Zahlungspflichtigen

_ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _
Internationale Bankleitzahl BIC des Zahlungsdienstleisters des Zahlungspflichtigen

D E _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _
Internationale Bankkontonummer IBAN des Zahlungspflichtigen

(Ort, Datum und Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen)

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.