



Erwerb der Mitgliedschaft

Hiermit erkläre ich meinen Eintritt in den Volleyball-Club (VBC) Moselkrampen Ediger
als:

- | | |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> aktives Mitglied (ab 18 Jahre) | 25,00 € jährlich |
| <input type="checkbox"/> Jugendspieler (unter 18 Jahre) | 12,50 € jährlich |
| <input type="checkbox"/> inaktives Mitglied | 12,50 € jährlich |

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Wohnort: _____

Geb.-Datum: _____

Tel. Nr.: _____

E-Mail: _____

Ort, Datum, Unterschrift Mitglied (ggf. Erziehungsberechtigte/r)

Datenschutzhinweis

Informationen über die Verarbeitung der personenbezogenen Daten und über die Rechte nach der Datenschutz-Grundverordnung entnehmen Sie bitte der Datenschutzerklärung unter <https://www.vbc-ediger.de/verschiedenes/datenschutzerklaerung/> .

SEPA – Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

VBC Ediger
Lohmühle 15
56814 Ediger-Eller

Wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE20ZZZ00001430747

Mandatsreferenz

02.01.2015

Ich/Wir ermächtige(n) [Name des Zahlungsempfängers], Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von [Name des Zahlungsempfängers] auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Land

IBAN

BIC

Ort und Datum

Unterschrift(en)

SEPA – Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

VBC Ediger
Lohmühle 15
56814 Ediger-Eller

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE20ZZZ00001430747

Mandatsreferenz

02.01.2015

Wiederkehrende Zahlungen

Ich/Wir ermächtige(n) [Name des Zahlungsempfängers], Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von [Name des Zahlungsempfängers] auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Land

IBAN

BIC

Ort und Datum

Unterschrift(en)