



VfL Woltorf 07 e.V.

Danziger Str. 4  
31224 Peine  
Tel.: 05171 / 82103  
vflwoltorf07@web.de

## Eintrittserklärung

Die/Der Unterzeichnende bittet um Aufnahme in den Verein:

<b>Vor- und Zuname:</b>			
<b>Geburtsdatum:</b>		<b>Telefon:</b>	
<b>Straße:</b>			
<b>Plz./Wohnort:</b>			
<b>Welche Sportart?</b>			

### Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschriften

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag vierteljährlich bei Fälligkeit zu Lasten meines Konto

<b>Nummer</b>	<b>Bankleitzahl</b>	<b>Kreditinstitut</b>
mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen.		

### Wichtig!

Für die Einziehung der Beiträge unbedingt alle Familienmitglieder aufführen, die dem VfL Woltorf 07 e. V. angehören:

<b>Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>	<b>Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<b>Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>	<b>Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>

Woltorf, den \_\_\_\_\_

**Unterschrift**

**Unterschrift der /des Erziehungsberechtigten bei Jugendlichen**

Monatsbeitrag	Jugendliche	Erwachsene	Familienbeitrag
Passiv	4,00 Euro	6,00 Euro	13,00 Euro
Aktiv	4,50 Euro	7,00 Euro	+ 1,00 Euro pro Erw. + 0,50 Euro pro Jug.



Kto.: 28890747  
BIC: NOLADE21PEI


Blz.: 25250001      Kreissparkasse Peine  
Iban: DE15252500010028890747



*VfL Woltorf 07 e.V.*

Danziger Str. 4  
31224 Peine  
Tel.: 05171 / 82103  
vflwoltorf07@web.de

## SEPA-Basis-Lastschriftmandat

	<b>VfL Woltorf 07 e.V.</b> Danziger Str. 4 31224 Peine Deutschland
---	---

**Wiederkehrende Zahlungen**

<small>[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]</small> <b>DE28ZZZ00000434413</b>	<small>[Mandatsreferenz]</small> <b>VFL plus Mitgliedsnummer</b>
--	---

## SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) den

<small>[Name des Zahlungsempfängers]</small> <b>VfL Woltorf 07 e.V.</b>
--

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom

<small>[Name des Zahlungsempfängers]</small> <b>VfL Woltorf 07 e.V.</b>
--

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 /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)
---

Kreditinstitut
----------------

BIC <sup>1</sup>	IBAN <b>DE</b>
------------------	-------------------

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum	Unterschrift (Zahlungspflichtiger)
------------	------------------------------------



Kto.: 28890747  
BIC: NOLADE21PEI

Blz.: 25250001      Kreissparkasse Peine  
Iban: DE15252500010028890747