Mitgliedsbogen ETC Crimmitschau e.V.

Persönliche Daten

Neues Mitglied		**Erziehungsberechtigter/ Ehegatte/ Lebenspartner**	
Name:		Name:	
Vorname:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geburtsdatum:	
Strasse:		Strasse:	
PLZ, Ort:		PLZ, Ort:	
Telefon:		Telefon	
e-mail:		e-mail:	

Mitgliedschaft Abteilung Eishockey

Mitglied seit/ab: _____ **Mitgliedsnummer:** ☐☐☐☐ (füllt Verein aus)

Beitragsstatus:							
	☐ U7 1. Jahr	60,00 €	☐ U17	300,00 €	☐ Erwachenser passiv	75,00 €
	☐ U7	120,00 €	☐ U20	300,00 €	☐ Passiv ermäßigt	65,00 €
	☐ U9/ U11	120,00 €	☐ Damen	300,00 €	☐ Passiv Partnertarif	110,00 €
	☐ U13	210,00 €	☐ Alte Herren	150,00 €		
	☐ U15	210,00 €	☐ Eispiraten	25 €/ Monat		

Die Ermäßigung für passive Mitglieder gilt für Schüler/ Studenten/ Azubis (bis 18 J.)/ Schwerbeschädigte/ FSJler/ etc.
Der Nachweis ist jährlich zu erbringen.

Eltern mit 2 und mehr Kindern: 1. Kind = 100% des Beitrages der entsprechenden Altersstufe
❑ 2. Kind = 50 % des Beitrages der entsprechenden Altersstufe
❑ jedes weitere Kind = beitragsbefreit

Die o. g. Beiträge sind Jahresbeiträge. Die aktuelle Beitragsordnung ist auch über www.etc-crimmitschau.de abrufbar.

Mitgliedschaft Abteilung Tennis

Mitglied seit/ab: _____ **Mitgliedsnummer:** ☐☐☐☐ (füllt Verein aus)

Beitragsstatus:				
☐ Kinder bis 18 J.	75,00 €	☐ Erwachsene aktiv	160,00 €
☐ Erwachs. passiv	75,00 €	☐ Erwachsene ermäßigt	80,00 €

Bankverbindung / Zahlungsweise

Zahlungsweise: ❑ monatlich ❑ vierteljährlich ❑ halbjährlich ❑ jährlich
(bei passiven Mitgliedschaften und Mitgliedschaften in der Tennisabteilung ist nur halbjährliche und jährliche Zahlungweise möglich)

SEPA - Lastschriftmandat
ETC Crimmitschau e.V., Zeitzer Straße 47, 08451 Crimmitschau, Gläubiger ID: DE18ZZZ00001124845

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger ETC Crimmitschau e.V. Zahlungen von meinen Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger ETC Crimmitschau e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber: _____

Straße: _____

PLZ & Ort: _____

IBAN: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐

BIC: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

_____
Ort & Datum Unterschrift Kontoinhaber

Ich bestätige die Richtigkeit der oben angegebenen Daten und bin mit der Be- und Verarbeitung der Daten für Zwecke der Veröffentlichung einverstanden. Die Beitragsordnung erkenne ich an.

_____ _____
Ort & Datum Unterschrift (bei Minderjährigen der Erziehungsberechtige)