

# Spiel- und Sportgemeinschaft Gravenbruch e.V.

Wilhelm Gonnermann – Schönbornring 28 – 63263 Neu-Isenburg

## ANMELDUNG

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Hiermit bitte ich um Aufnahme in die Spiel- und Sportgemeinschaft Gravenbruch e.V.

Vorname (Mitglied)	
Nachname (Mitglied)	
Strasse und Hausnummer	
PLZ, Ort	
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
Telefon	
EMail	

Der Jahresbeitrag beträgt		bei Lastschrift-Einzug	bei Rechnung
	für Jugendliche bis 18 Jahre und Studenten	80,00 €	90,00 €
	für Erwachsene	110,00 €	120,00 €

**Der Lastschrifteinzug findet jährlich am 15.01. statt. Studenten bitte die geplante Studiendauer angeben. Beim Mutter und Kind Turnen muss die Mutter (Vater) und das Kind angemeldet werden.**

Das 3. und jedes weitere Kind einer Familie sind beitragsfrei.

**Die Verwaltungsgebühr beträgt 30,00 €**

Ich interessiere mich für:

Basketball  
Boule  
Damengymnastik  
Kinderturnen  
Mutter-Kind Turnen

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Tischtennis  
Volleyball  
Fussball  
Jugendfussball  
(zzgl. 30€ Abteilungsbeitrag)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Unterschrift \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen ist die Unterschrift der Eltern oder deren gesetzlicher Vertreter erforderlich.

**Bitte die Angaben zur Lastschrift auf der Rückseite auch ausfüllen**

# Spiel- und Sportgemeinschaft Gravenbruch e.V.

Wilhelm Gonnermann – Schönbornring 28 – 63263 Neu-Isenburg

## SEPA-Lastschriftmandat

**BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN**

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE45ZZZ00000184235**

Mandatsreferenz: (Mitgliedsnummer, wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Sportverein Spiel-und Sportgemeinschaft Gravenbruch e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Sportverein Spiel-und Sportgemeinschaft Gravenbruch e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

### Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlungen

Vorname (Kontoinhaber)
Nachname (Kontoinhaber)
Strasse und Hausnummer
PLZ, Ort
Kreditinstitut (Bank)
Kreditinstitut (BIC)
IBAN

Unterschrift \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_