



Beitrittserklärung

SV Neckarburken 1947 e.V.
Mörikestr. 19
74834 Elztal-Neckarburken

Hiermit beantrage(n) ich/wir die Mitgliedschaft beim SV Neckarburken 1947 e.V. unter Anerkennung von Vereinssatzung und Datenschutzverordnung (Stand Mai 2025):

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

Vorname: Nachname:

Straße:

PLZ: Wohnort:

Geburtsdatum:

Telefon:

Mobiltelefon: E-Mail:

Mitgliedschaft: ☐ aktiv ☐ passiv – keine Teilnahme am Spielbetrieb
☐ Einzelmitgliedschaft ☐ Familie oder eheähnliche Gemeinschaft

Abteilung (nur aktiv): ☐ Fußball (Junioren, Senioren, Alte Herren)
☐ Tischtennis
☐ Ninjutsu ☐ Volleyball
☐ Kangoo Jump ☐ Gymnastik (AH-Turnen, Damengymnastik)
☐ Theatergruppe

Bei Familienmitgliedschaft – weitere Familienangehörige:

Vorname	Nachname
Geb.-Datum	☐ aktiv ☐ passiv Abteilung:
Vorname	Nachname
Geb.-Datum	☐ aktiv ☐ passiv Abteilung:
Vorname	Nachname
Geb.-Datum	☐ aktiv ☐ passiv Abteilung:
Vorname	Nachname
Geb.-Datum	☐ aktiv ☐ passiv Abteilung:

Beitragsstruktur / Jahresbeiträge:

☐ Jugendliche (bis Vollendung 18. Lebensjahr) / Rentner	30 €
☐ Erwachsene	40 €
☐ Ehepaare / eheähnliche Gemeinschaft / Familie (Kinder nur bis 18)	80 €
☐ Ehepaar Rentner	60 €
☐ Familie ermäßigt (z.B. 1 Erwachsener + 1 Kind)	70 €

Datum

Unterschrift



Beitrittserklärung

SV Neckarburken 1947 e.V.
Mörikestr. 19
74834 Elztal-Neckarburken

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren / SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

SV Neckarburken 1947 e.V.
zu Händen Daniel Schober
Mörikestr. 19
74834 Elztal-Neckarburken

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE48ZZZ00000412131

Mandatsreferenz

folgt

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

(Name des Zahlungsempfängers)

SV Neckarburken 1947 e.V.

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

(Name des Zahlungsempfängers)

SV Neckarburken 1947 e.V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von 8 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, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift

¹ Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.