



SGP OBERLOHBERG E.V.

Gärtnerstr. 115, 46539 Dinslaken
Tel. 02064/94653 Fax. 02064/473186
Vorsitzender: Ali Kaya Tel. 0176 24995718
Schatzmeister: Heinz Schröder Tel. 02064 770240

Homepage: sgpo.de
e-mail: kontakt@sgpo.de

BEITRITTSERKLÄRUNG					
NAME:		TELEFON:		E-MAIL:	
VORNAME	GEBURTSDATUM	ABTEILUNG	VORNAME	GEBURTSDATUM	ABTEILUNG
STRASSE,NR:					
PLZ:		WOHNORT:			

Ich (Wir) beantrage(n) die Aufnahme in den Sportverein SGP Oberlohberg e.V. Ich (Wir) erkläre(n) mich (uns) bereit, die Satzung anzuerkennen und den gültigen Beitrag zu bezahlen. Der Austritt ist dem geschäftsführenden Vorstand schriftlich mitzuteilen. Nach § 4 Abs. 2 der Vereinssatzung ist ein Austritt nur zum Ende eines Quartals unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zulässig. Der Beitrag ist bis zum Ende des Austritts quartals zu zahlen.

Für die Aufnahme in die Tennisabteilung ist ein zusätzlicher Antrag an die Abteilung zu stellen.
Die persönlichen Daten werden nur für vereinsinterne Zwecke gespeichert. Die Weitergabe an Dritte findet nicht statt.

Beitragsstaffel: € pro Monat (bitte ankreuzen)

Von den Abteilungen werden Sonderbeiträge erhoben.
Breitensport 1,- Erw.; Fussb. 2,- Erw., 1,- Jug.; TT 2,- Erw., 1,- Jug.

Jugendliche *	9,00	
Erwachsene	12,00	
Ehepaar	16,00	
Familie	20,00	
Mutter/Kind (nur für M/Kind Gruppe)	13,00	
Passiv	5,00	

Datum

Unterschrift(en)

des Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen

Einmalige Aufnahmegebühr: 5,00 € (wird zusammen mit dem ersten Mitgliedsbeitrag abgebucht)

*Schüler, Studenten und Auszubildende, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, werden als Jugendliche gegen Vorlage einer schriftlichen Bestätigung der Schule, ihrer Universität oder ihres Lehrherrn gleichgestellt, jedoch längstens bis zum Ende des Quartals, in dem sie das 27. Lebensjahr vollenden.

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger: SGP Oberlohberg e.V. Gläubiger-ID: DE39ZZZ00000489311

Mandatsreferenz: _____ (wird von der SGP ausgefüllt und per E-Mail oder wenn nicht vorhanden auf dem Postweg nachgereicht)

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die SGP Oberlohberg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SGP Oberlohberg 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.

vierteljährlich

halbjährlich

jährlich

IBAN: DE _____

Kreditinstitut: _____ BIC: _____

Name und Anschrift des Kontoinhabers
(falls abweichend) _____

Änderungen der Bankverbindung werde ich Ihnen rechtzeitig mitteilen. Sollten dem Verein aus der Nichteinlösung der Lastschrift Kosten entstehen, die dieser nicht zu vertreten hat, verpflichte ich mich, diese zu erstatten.

Datum _____

Unterschrift des Kontoinhabers _____