



## Beitrittserklärung / Änderungsmitteilung <sup>1)</sup>

Hiermit trete ich der "Sport- und Spielvereinigung Wellesweiler e. V." ab \_\_\_\_\_ als Mitglied bei.

Die Mitgliedsdauer beträgt mindestens ein Jahr. Ich möchte bei folgender Abteilung als Mitglied geführt werden:

02 Fußball   
  03 Tischtennis   
  04 Handball   
  05 Boxen  
 07 Wandern   
  08 Basketball

Ich bin bereits Mitglied in der Abteilung \_\_\_\_\_ und möchte zukünftig / zusätzlich <sup>1)</sup>  
in der oben angekreuzten Abteilung als Mitglied geführt werden.

Name	Vorname (n) <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">m w <sup>1)</sup></span>
Geburtsdatum	Telefon
E-Mail	PLZ    Wohnort
Straße, Haus-Nr.	

Mein/e Kind/er unter 18 Jahren ist/sind bereits – wird/werden Mitglied in der SSVW:

Name, Vorname (n)	Geburtsdatum	Abteilung		
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">m</td><td style="padding: 2px;">w</td></tr> </table> <sup>1)</sup>	m	w		
m	w			
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">m</td><td style="padding: 2px;">w</td></tr> </table> <sup>1)</sup>	m	w		
m	w			
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">m</td><td style="padding: 2px;">w</td></tr> </table> <sup>1)</sup>	m	w		
m	w			

### Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschrift-Mandats

Zahlungs- Empfänger:	Sport- und Spielvereinigung Wellesweiler e.V., Eifelstraße 22, 66539 Neunkirchen Gläubiger-ID-Nr: DE68SSV00000432044 Mandatsreferenz-Nr.(wird separat mitgeteilt)
-------------------------	--

Kontoinhaber:	<input type="checkbox"/> Name, Anschrift wie oben	
Name:		Vorname (n):
PLZ:	Ort:	Straße:
Konto-Nr.		Bankleitzahl
IBAN		BIC
Name der Bank/Sparkasse:		

Ich ermächtige die SSVW e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SSVW 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.

Mandat gilt für vierteljährlich wiederkehrende Zahlungen im Februar, Mai, August und November.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des / der Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Bankverbindung	Konto 0004240006	BLZ 59252046
Sparkasse Neunkirchen	IBAN DE72592520460004240006	BIC SALADE51NKS

<sup>1)</sup> Nichtzutreffendes bitte streichen