

Judo-Sportverein Speyer 1959 e.V.

Je Kästchen ein Großbuchstabe oder eine Ziffer verwenden. Stand: 1/2015

Vorname

Name

Straße, Haus-Nr.:

Postleitzahl: Tel.-Nr./FAX

Wohnort:

E-Mail:

Geschlecht: männlich - 1 weiblich - 2 Für Abteilung Judo/Karate:
1 Passfoto beilegen!

Geburtsstag: z.B. 14.7.89: 140789 Geburtsort:

Staatsangehörigkeit: bitte entspr. abkürzen Wievieltes Fam.- Mitglied im Verein?

Eintrittsdatum: z.B. 1.4.00 : 010400 nur zu Monatsbeginn möglich z.B.: 1.1. / 1.5. / 1.7. / 1.11.

Abteilung / Gruppe: Judo 11 SV 22 Karate 33 Aikido 66
 Gymnastik 77 Turntiger 99 Psychomotorik 88 andere 00

aktiv / passiv: 1 aktiv - 1 passiv - 2

BIC D E

IBAN (Konto) DE

Anschrift des Konteninhabers, wenn mit Mitglied nicht identisch:

Vorname, Name:

Straße u. Hausnummer:

PLZ und Ort:

*Mit den beiliegenden Bedingungen erkläre ich mich einverstanden.
Außerdem bin ich damit einverstanden, dass Fotos von meinem Kind aufgenommen
und verwendet werden dürfen (ggf. streichen).*

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen **gesetzliche Vertreter**)

Abteilung / Gruppe / Trainer:

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers: Judo-Sportverein Speyer e.V.	
Anschrift der Zahlungsempfängers Straße und Hausnummer: Butenschönstr. 8 Postleitzahl und Ort: 67346 Speyer	
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE57ZZZ00000177617	
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): _____	
Einzugsermächtigung: Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir/ uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/ unserem Konto einzuziehen.	
SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige/ Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/ Wir könne innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	
Zahlungsart:	<input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): _____	
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) Straße und Hausnummer: _____ Postleitzahl und Ort: _____	
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen) DE _____	
BIC (8 oder 11 Stellen): DE _____	
Ort: _____	Datum (TT/MM/JJJJ): _____
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): _____	