



**KRAFTSPORT  
ISARTAL e.V.**

# Beitrittserklärung

**Kraftsport Isartal e.V. - Bad Tölz**

Hiermit erkläre ich ab dem \_\_\_\_\_ meinen Beitritt als Mitglied im Kraftsport Isartal e.V. mit dem Vereinssitz in Bad Tölz.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins und alle dazugehörigen Vereinsordnungen an. Der aktuelle Jahresbeitrag beträgt 75,00 € (fünfundsiebzig Euro).

Bei einem Beitritt unter dem Jahr ist der Beitrag gemäß Finanzordnung anteilig für die restlichen Quartals zu entrichten. Das bereits laufende Quartal zählt hierbei dazu.

Der (anteilige) Jahresbeitrag wird innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der Beitrittserklärung und des erteilten beiliegenden SEPA-Lastschriftmandats von meinem Konto abgebucht.

Alternativ zum SEPA-Lastschriftmandat erkläre ich mich dazu bereit den Beitrag binnen 14 Tagen nach Eingang des Mitgliedsantrags auf folgendes Konto zu überweisen:

Kontoinhaber: Kraftsport Isartal e.V.  
IBAN: DE70 8306 5408 0004 2877 38  
BIC: GENODEF1SLR

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitglieds

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
 für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

 Kraftsport Isartal e.V.  
 Königsdorfer Str. 97  
 83646 Bad Tölz

**Wiederkehrende Zahlungen/  
 Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

DE61ZZZ00002469946

[Mandatsreferenz]

Jahresbeitrag-"Mitgliedsnummer"

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Kraftsport Isartal e.V.

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

[Name des Zahlungsempfängers]

Kraftsport Isartal e.V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

[Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)]

[Kreditinstitut]

[BIC<sup>1</sup>]

[IBAN]

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

[Ort, Datum]

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)