

Förderverein HCV-Jugendhockey e.V.

Adresse: c/o Babette Becker-Welzel
Bergische Str. 25, 42549 Velbert
E--Mail: hcv-foerderverein@web.de

Bankverbindung:
Sparkasse Velbert
IBAN DE6033450000026027318 BIC
WELADED1VEL

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im, als gemeinnützig anerkannten, „**Förderverein HCV-Jugendhockey e.V.**“, der sich die Förderung des Hockeyclubs HC Rot-Weiß Velbert e.V. zum Ziel gesetzt hat.

Name, Vorname _____

Geb.Datum _____

Adresse _____

Telefon _____

E---Mail _____

(Wichtig für Vereinsmitteilungen!)

Mit der Unterschrift wird die jeweils gültige Vereinssatzung als verbindlich anerkannt.
Mit der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten für Zwecke des Fördervereins bin ich gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes einverstanden
Der Jahresbeitrag von 12,- € wird jährlich durch Einzugsermächtigung abgebucht.
Für Mitgliedsbeiträge dürfen keine Zuwendungsbescheinigungen ausgestellt werden.

Einzugsermächtigung Mitgliedsbeitrag:

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag, bei Fälligkeit, für die Dauer meiner Mitgliedschaft von folgendem Konto per Lastschrift einzuziehen.

Kontonummer/IBAN: _____

Kontoinhaber: _____

BLZ/BIC: _____

Bank: _____

Datum/ Unterschrift _____

Einzugsermächtigung Spende:

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, zusätzlich eine jährliche Spende in Höhe von

€ 30,-- € 50,-- € 75,-- € _____

Zu Lasten meines/unseres Kontos durch Lastschrift einzuziehen.
Für den jeweiligen Spendenbetrag kann eine Zuwendungsbescheinigung ausgestellt werden.

Datum/Unterschrift _____

SEPA-Lastschrift-Mandat

Zahlungsempfänger:
Förderverein HCV-Jugendhockey e.V.
Bergische Straße 25, 42549 Velbert
Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE64ZZZ00001448676

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Förderverein HCV -Jugendhockey e.V.
Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser
Kreditinstitut an, die vom Förderverein HCV- Jugendhockey e.V. auf mein / unser Konto gezogene Lastschrift
einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des
belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber) _____
(Name und Vorname des Kontoinhabers/der Kontoinhaber)

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Land: _____

Name des Kreditinstituts: _____

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

IBAN des Zahlungspflichtigen: _____
Bitte deutlich schreiben!

BIC: _____

Ort / Datum _____

Unterschrift _____
Unterschrift des/ der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)