



## Antrag auf Mitgliedschaft im Verein Schäffler Mühldorf a. Inn e. V.

### BEITRITTSERKLÄRUNG

Zum: \_\_\_\_\_  
(Datum)

Organisation/Unternehmen (falls es sich nicht um eine private Mitgliedschaft handelt)

\_\_\_\_\_

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

☎ privat: \_\_\_\_\_ ☎ mobil: \_\_\_\_\_ WhatsApp:  Ja  Nein

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

Mitgliedsnummer:

(wird vom Verein ausgefüllt)

### ART DER MITGLIEDSCHAFT (bitte rechts ankreuzen)

#### ► AKTIVE Mitgliedschaft (aktives Mitglied in der Kerngruppe)

Jährlicher Mitgliedsbeitrag in Höhe von:

- |                                    |         |                       |
|------------------------------------|---------|-----------------------|
| - Kinder bis 14 Jahren             | 12,00 € | <input type="radio"/> |
| - Jugendliche bis 18 Jahren        | 25,00 € | <input type="radio"/> |
| - Erwachsene ab 18 Jahren          | 40,00 € | <input type="radio"/> |
| - Familien (gemeinsamer Hausstand) | 60,00 € | <input type="radio"/> |
| oder mehr: _____ €                 |         | <input type="radio"/> |

Namen/Geburtsdatum Familienmitglieder

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### ► PASSIVE (fördernde) Mitgliedschaft

Jährlicher Mitgliedsbeitrag in Höhe von 25,00 €

oder mehr: \_\_\_\_\_ €

### BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Verein **Schäffler Mühldorf a. Inn e. V.**

Ich erkenne die Satzung des Vereins an.

Ich bin mit der Erfassung und vereinsinternen Weitergabe meiner Daten einverstanden.

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen zusätzlich die Unterschriften der Erziehungsberechtigten.

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Schäffler Mühldorf a. Inn Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Schäffler Mühldorf a. Inn auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
(Vorname und Name Kontoinhaber, falls abweichend vom Antragsteller)

\_\_\_\_\_  
Name Kreditinstitut

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum und Unterschrift)