Sauerländischer Gebirgsverein e.V.
Abteilung Lüdenscheid

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum SGV e.V. und erkenne die Satzungen des Vereins an.

Die Teilnahme an den Veranstaltungen des Vereins erfolgt auf eigene Gefahr.
Für Mitglieder des SGV besteht eine kombinierte Haftpflicht- und Unfallversicherung.

Mitgliedschaft: ☐ Einzel ☐ Familie ☐ Institution

Name - Vorname / Fa. _____

Straße _____

PLZ - Ort _____

Telefon-Nr. _____

Telefax.-Nr. _____

E-Mail _____

Ermittlung des Jahresbeitrags
Der Jahresbeitrag beträgt:

Zuname *Vorname* *Geb.-Datum*

☐ Einzelmitgliedschaft

_____ _____ __.__.____ __,__€

☐ Familienmitgliedschaft

Mitglied _____ _____ __.__.____ __,__€

Partner/in_____ _____ __.__.____ + __,__€

Kinder
1. _____ _____ __.__.____
2. _____ _____ __.__.____
3. _____ _____ __.__.____
4. _____ _____ __.__.____ + __,__ €

Familienbeitrag _____ __,__ €

☐ Institutionen (Behörden, Firmen, Vereine ect.) __,__ €

_____
Datum – Unterschrift

Bei Anmeldung Jugendlicher

_____
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Sauerländischer Gebirgsverein e.V.
Abteilung Lüdenscheid

Für Mitglieder und Neumitglieder, die dem SGV eine Einzugsermächtigung erteilen möchten:

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers: **Sauerländischer Gebirgsverein e.V. Abt. Lüdenscheid**

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer: **Ringstr. 44**
Postleitzahl und Ort: **58515 Lüdenscheid**

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE84ZZZ00000090316**

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichten- den 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 Zahlungsempfän- ger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: **X** **Wiederkehrende Zahlung** **Einmalige Zahlung**

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

DE

Ort: **Datum (TT/MM/JJJJ):**

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.