



Fußball-Club Wangen e.V. 1905
Beitrittserklärung als FÖRDER-Mitglied

FC Wangen e.V. 1905 · Klosterbergstr. 26 · 88239 Wangen · ☎: 07522- 20600 · ✉: geschaeftsstelle@fcw-05.de

Familienname	Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Telefon Festnetz	Telefon Mobil (Handy)
Vorwahl / Rufnummer	Vorwahl / Rufnummer
/	/

E-Mail-Kontaktadresse

Mitgliedsbeitrag -jährlich-
<input checked="" type="checkbox"/> 70,00 € als FÖRDER-Mitglied
<small>Hiermit erkläre ich meinen Eintritt als FÖRDER-Mitglied beim FC Wangen e.V. 1905. Das Mitglied und der Verein unterwerfen sich der Vereinssatzung. Der FC Wangen ist berechtigt, die personenbezogenen Daten unter Wahrung der gesetzlichen Bestimmungen zum Zwecke der Organisation (z.B. Mitgliederverwaltung) sowie anderer Bereiche des Fußballs elektronisch zu erfassen und in einer Mitgliederdatei zu speichern und zu verarbeiten.</small>

O.g. Angaben zur Person, Anschrift und Kontaktmöglichkeiten						
Durch die nachstehende Unterschrift wird die Richtigkeit aller vorstehenden Angaben versichert. Gleichzeitig erkläre ich mein Einverständnis zu den vorstehenden Bedingungen.						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none; text-align: center;">x</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Ort</td> <td style="border: none; text-align: center;">Datum</td> <td style="border: none;">Unterschrift</td> </tr> </table>	_____	x	_____	Ort	Datum	Unterschrift
_____	x	_____				
Ort	Datum	Unterschrift				

SEPA-Lastschriftmandat
Name des Zahlungsempfängers: FC Wangen e.V. 1905 - Klosterbergstraße 26 – 88239 Wangen - Deutschland
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE65ZZZ00000996250
Mandatsreferenz: Die Mandatsreferenznummer entspricht der Mitgliedsnummer
<small>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 können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</small>

Zahlungsart
<input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung – jährlicher Mitgliedsbeitrag gem. Beitrittserklärung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

<u>Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)</u>
Straße und Hausnummer

PLZ	Ort	Land

IBAN* des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen)	BIC* (8 oder 11 Stellen)

Name des Kreditinstituts

Ort	Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen	(Unterschrift Kontoinhaber falls abweichend)
x _____	x _____

WICHTIG:: Mandat nur gültig mit Datum und Unterschrift.
Hinweis: Meine / unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann. Kosten für Rücklastschriften (z.B. falsche Kontonummer, Konto erloschen etc.) werden dem Zahlungspflichtigen weiterbelastet! * IBAN und BIC müssen angegeben werden, diese finden Sie auf Ihrem Kontoauszug.