

# Eintrittserklärung

➤ SKG Wallerstädten e. V.

➤ SKG Tennisabteilung e. V.

SKG Wallerstädten  
Auf dem Deich 30  
64521 Groß-Gerau

info@skg-wallerstaedten.de  
www.skg-wallerstaedten.de

Gläubiger-ID:  
DE 84 ZZZ 00000237465

Ich möchte Mitglied der SKG Wallerstädten werden.

Vorname \* \_\_\_\_\_

Nachname \* \_\_\_\_\_

Straße \* \_\_\_\_\_

PLZ Ort \* \_\_\_\_\_

Geb. Datum \* \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mandantenreferenz-Nr. /

Mitgliedsnr. \_\_\_\_\_

Eintritt \_\_\_\_\_

Beitragsgr. \_\_\_\_\_

Erfasst am \_\_\_\_\_

Wird vom Verein ausgefüllt

Geschlecht \*  weiblich  männlich

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

Abteilung : Zutreffendes ankreuzen (mehrfach Nennungen möglich)

Basketball  Fußball  Gymnastik  Aikido

Tischtennis  Turnen  Tennisabteilung e.V.

AKTIV

PASSIV

Eintritt ab \* \_\_\_\_\_

Der Monatsbeitrag der SKG Wallerstädten beträgt zur Zeit 7.50€.\*\*

\* Zahlweise SKG

halbjährlich

jährlich

## Zusatzklausel – nur gültig bei Eintritt in SKG Tennisabteilung e. V.

Der Monatsbeitrag der SKG Tennisabteilung beträgt zur Zeit für Erwachsene 9,5€; für Jugendl. bis 14J. 2,5€; für Jugendl. bis 18J. 4€; für Azubis u. Studenten 6€; für passive Mitglieder 4€ (Änderungen vorbehalten). Neben dem Beitrag ist, ab 18J, eine Arbeitsleistung von 5 Stunden/Jahr oder ersatzweise eine Zahlung in Höhe von 12€ je nichtgeleiteter Stunde zu erbringen. Bei Eintritt nach dem 1. 8. reduziert sich der Jahresbeitrag und die Arbeitsleistung um 50%. Eine Beitragsermäßigung kann gemäß Beitragsordnung erfolgen.

Der Beitrag wird, unabhängig der „Zahlweise SKG“, jährlich im März oder  
wahlweise zum Quartalsende fällig.  Quartal  Jährlich

Mit dem Beitritt zur Sport und Kulturgemeinschaft e.V. Wallerstädten erkenne ich die Satzung des Vereins an. Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Mitgliedschaft der Zustimmung des Vorstandes zu diesem Aufnahmeantrag bedarf. Ein Rechtsanspruch auf die Mitgliedschaft besteht nicht.

Ort \* \_\_\_\_\_ Datum \* \_\_\_\_\_ Unterschrift \* \_\_\_\_\_

bei minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Bitte Einzugsermächtigung immer ausfüllen! Auch bei Familienmitgliedern. Kontoinhaber bitte mit Vor- und Nachname.

## SEPA-Lastschriftsmandat

Hiermit ermächtige(n) ich / wir Sie widerruflich die Fälligkeiten zu Lasten meines / unseres Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

IBAN \* \_\_\_\_\_ BIC \* \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \* \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \* \_\_\_\_\_

Ort \* \_\_\_\_\_ Datum \* \_\_\_\_\_ Unterschrift \* \_\_\_\_\_

Kontoinhaber

\*\* ab 3. Mitglied beitragsfrei wenn die betreffende Person unter 18 Jahren ist. Details zum Familienbeitrag entnehmen Sie bitte der aktuellen Satzung und Beitragsordnung (Änderungen vorbehalten).