



# Beitrittserklärung

## Schwimmbadfreunde Arnstorf e.V.

Ich beantrage die Aufnahme als Mitglied bei den Schwimmbadfreunden Arnstorf e.V. (SbfA e.V.)

Vorname und Name	
-,,- Partner	
-,,- Kind 1	
-,,- Kind 2	
-,,- Kind 3	
-,,- Kind 4	
Straße	
PLZ/Wohnort	
Geburtsdatum	
Telefon	
E-Mail	

**Mitgliederbeitrag:** Einzelperson - 12:00 €, Partner - 20:00 €, Kinder - 5:00€, Familien – 24:00€

**Bitte Unterstreichen!**

**Durch meine untenstehende Unterschrift erkenne ich die gültige Satzung der Schwimmbadfreunde Arnstorf e.V. an.**

---

(Bei Minderjährigen sind zusätzlich die Unterschriften der ges. Vertreter notwendig)

## SEPA-Lastschriftmandat

Für Schwimmbadfreunde Arnstorf e.V., Wagnerstr. 3, 94424 Arnstorf

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE77ZZZ00000325473

Ich/wir ermächtigen

Schwimmbadfreunde Arnstorf e.V.

Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die von Schwimmbadfreunde Arnstorf e.V. auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber:	
Adresse:	
Kreditinstitut:	
BIC	IBan:

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)