

# Badesee Eggingen e.V.



## Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit möchte ich Mitglied im Badesee Eggingen e.V. werden.  
Die Vereinsatzung wird mit der Mitgliedschaft anerkannt.

Die Höhe der Mitgliedsbeiträge richtet sich nach der jeweils gültigen Beitragsordnung.

### Antragsart:

- Einzelmitgliedschaft     Familienmitgliedschaft     Jugendmitgliedschaft (bis 21 Jahre)

### Kontaktdaten:

Vorname:	<input type="text"/>	Nachname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Mobil:	<input type="text"/>		
Ort, Datum:	<input type="text"/>	Unterschrift:	<input type="text"/>

(bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters)

Bei Familienmitgliedschaft weitere Familienmitglieder hier eintragen:

Vorname:	<input type="text"/>	Nachname:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
		(Falls abweichend)			
Vorname:	<input type="text"/>	Nachname:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
		(Falls abweichend)			
Vorname:	<input type="text"/>	Nachname:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
		(Falls abweichend)			
Vorname:	<input type="text"/>	Nachname:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
		(Falls abweichend)			
Vorname:	<input type="text"/>	Nachname:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
		(Falls abweichend)			

**!!!Bitte die SEPA Lastschrift auf der Rückseite beachten!!!**

SEPA-Lastschriftmandat  
SEPA Direct Debit Mandate

Zahlungsempfänger  
Zahlungspflichtigen

<->

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

Badesee Eggingen e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**

**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

In den Reben 6

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

79805 Eggingen

**Land / Country:**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

DE 3 4 Z Z Z 0 0 0 0 2 4 8 6 1 4 6

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):**

Mitgliedsbeitrag Badesee Eggingen e.V.

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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

**Zahlungsart / Type of payment:**

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment  Einmalige Zahlung / One-off payment

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:**

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address\***

\* Angabe freigestellt / Optional information

**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

**Land / Country:**

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):**

**BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.

**Ort / Location:**

**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):**

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**