

Antrag auf Mitgliedschaft im FC Steinbach-Hallenberg e.V.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Postanschrift:

Straße: _____ Haus-Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Beruf: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Email: _____

Mitgliedsbeiträge pro Kalenderjahr:

- Kind bis 14 Jahre 24,00 Euro
 - Jugendliche(r) 15-17 Jahre 36,00 Euro
 - Erwachsene(r) ab 18 Jahre 50,00 Euro
 - Rentner(in) ab 65 Jahre 25,00 Euro
- (zutreffendes bitte ankreuzen)

Hiermit ermächtige ich den FC Steinbach-Hallenberg e.V. widerruflich zum Einzug des Mitgliedsbeitrages von folgendem Konto:

IBAN (22 stellig): _____

BIC (11Stellig): _____

Datum: _____ Unterschrift* : _____

* bei Minderjährigen die Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Die Mitgliedschaft im FC Steinbach-Hallenberg ist ausschließlich zum Jahresende kündbar.

Antrag bitte senden an:

FC Steinbach-Hallenberg
c/o Herr Wolfgang Gerlach
Rosenhohle 3B
98587 Steinbach-Hallenberg