



WILDCATS – Bundesliga Handball in Halle
Zeit für Leidenschaft

Mitgliedsantrag

Anmeldeformular Mitgliedschaft

Name*: _____

Vorname*: _____

Straße*: _____

PLZ, Ort*: _____

Telefon*: _____

E-Mail*: _____

Geburtsdatum*: _____

Abteilung: **Handball**

(* = Pflichtfelder)

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme als Mitglied in den SV UNION Halle-Neustadt e.V., Am Bruchsee 14, 06122 Halle (Saale) (Eintragung VR Stendal20312). Die Beiträge des Vereins sind mir bekannt, eine Satzung ist in der Geschäftsstelle einsehbar. Ich erkenne diese an und verpflichte mich zur pünktlichen Zahlung der Beiträge.

Aufnahmegebühr: einmalig – entfällt bei passiver Mitgliedschaft) 14,00 €

Beitrag für Erwachsene: 15,00 €

Beitrag für Kinder: (mit Spielbetrieb) 12,00 €

Beitrag für Kinder: (ohne Spielbetrieb) 10,00 €

Passive Mitgliedschaft: 5,00 €

Ort/Datum*: _____

Unterschrift*: _____

Die Mitgliedsbeiträge werden jeweils im Voraus zum 30.06. und 31.12. des Jahres per Lastschrift eingezogen. Wir bitten für ausreichende Kontodeckung zuzusorgen.

SV UNION Halle-Neustadt e.V.
Am Bruchsee 14
06122 Halle (Saale)
Tel.: 03 45 – 69 23 470
Fax: 03 45 – 69 23 473
Mail: info@union-halle.net
Web: www.union-halle.net

Saalesparkasse
IBAN: DE04 8005 3762 0381 3075 51
BIC: NOLADE21HAL

Ust-ID-Nr.: DE 139606497

Eintragung VR Stendal 20312
Präsident: Dr. Bodo Meerheim
Vizepräsident: Thomas Wagner

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

SV UNION Halle-Neustadt

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Am Bruchsee 14

Postleitzahl und Ort:

06122 Halle (Saale)

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE13ZZZ00002581584

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

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. Bei Nichteinlösung einer Lastschrift werden die Kosten dem Zahlungspflichtigen in Rechnung gestellt.

Mitgliedsbeitrag: _____

Beginn der Mitgliedschaft: _____

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):**Ort:**

Halle (Saale)

Datum (TT/MM/JJJJ):**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**