B E I T R I T T S E R K L Ä R U N G

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Spielvereinigung Warsingsfehn e.V.

Vor- und Zuname	Geburtsdatum
Anschrift (Strasse, PLZ, Ort)	
E-Mail-Adresse (falls vorhanden)	Telefonnummer
Beginn der Mitgliedschaft	Abteilung
Moormerland, den _____	Unterschrift
Unterschrift eines Vorstandsmitgliedes	Bei Jugendlichen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

---

V O L L M A C H T

Die Spielvereinigung Warsingsfehn e.V. wird ermächtigt, die von mir zu zahlenden monatlichen Mitgliedsbeiträge (Kinder und Jugendliche 5,- €, Erwachsene 6,- €, Familien 14,- €, Senioren ab 60 Jahre 4,- €) jeweils zu den Fälligkeiten zu Lasten meines Kontos abzurufen. Kündigung bis 6 Wochen zum Halbjahresende (30.06. und 31.12.).

Kontonummer: _____ BLZ: _____

Bank: _____

Kontoinhaber: _____

Anschrift: _____

Diese Ermächtigung gilt bis auf Widerruf.

Ort und Datum	Unterschrift