



# MITGLIEDSANTRAG VfL EBERSTADT 1949 E.V.

## PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....  
Anschrift: .....  
PLZ/Ort: .....  
Telefonnummer: .....  
E-Mail-Adresse: .....  
Mobil: .....

## MITGLIEDSBEITRÄGE (Stand 01/2026)

Bitte wählen Sie einen Beitrag aus

- Kinder und Jugendliche (bis 18 Jahre):** 20 € jährlich
- Erwachsene (ab 18 Jahre):** 30 € jährlich
- Familienmitgliedschaft:** 55 € jährlich

Bitte Namen und Geburtsdatum der Familienmitglieder auf der Rückseite aufführen

### Bankverbindung für SEPA-Lastschriftverfahren:

Kontoinhaber: .....  
IBAN: .....  
BIC: .....

SEPA-Lastschriftmandat: Ich/Wir ermächtige(n) den VfL Eberstadt 1949 e. V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom VfL Eberstadt 1949 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.

Die Mitgliedsbeiträge sind zum 1. März jeden Jahres fällig. Die Gläubiger-ID lautet DE14ZZZ00000460661.

*Mit meiner Unterschrift wird die Satzung des Sportvereins VfL Eberstadt 1949 e. V. anerkannt*

.....  
Ort

.....  
Datum

.....  
Unterschrift  
(ggf. einer gesetzlichen Vertretung)



# MITGLIEDSANTRAG VFL EBERSTADT 1949 E.V.

**Folgende Familienmitglieder sollen im Rahmen der Familienmitgliedschaft ebenfalls als Mitglied aufgenommen werden**

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....