Dieses Infoblatt behält der Antragssteller!!!!

Informationen zum Mitgliedsantrag „de roud-weissen Neifinger“

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats
Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: DE 51 ZZZ00000122144
Mandatsreferenz ist gleichzeitig die Mitgliedsnummer

Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag am 01.04 jeden Jahres fällig. Die Kündigung muss bis zum 15.03 des Jahres schriftlich beim 1.Vorstand oder Kassierer erfolgen.

Kartenbestellungen erfolgen über Bayernschorsch bei Versammlungen oder über Tel: 01714389687.
Sollte eine Karte bestellt worden sein und Ihr könnt den Termin nicht wahrnehmen, Bitte spätestens 3 Tage vor dem Spiel Bescheid geben, ansonsten muss die Karte von dem Besteller voll bezahlt werden.

Alle wichtigen Termine und Infos rund um unseren Fanclub gibt’s jederzeit unter folgender Internetadresse:

www.de-roud-weissen-neifinger.com

1.Vorstand: Georg Schur
Hauptstraße 86
84088 Neufahrn
Tel.: 01714389687
E-Mail: bayernschorsch1@t-online.de

2.Vorstand: Manuel Rasp
Gossengrünerstr. 12
84066 Mallersdorf
Tel.: 015124095790
E-Mail: mrasp90@gmx.de

Kassierer: Matthias Opitz
Johann-Strauß-Str. 5a
84088 Neufahrn
Tel.: 016092150626
E-Mail: Bayerntitan1963@web.de

Mitgliedsantrag für Fanclub
„de roud weissen Neifinger“

Nachname: .....
Vorname: .....
Geb. Datum: .....
Straße: .....
Wohnort: .....
Telefon: .....
E-Mail: .....

Hiermit erkläre ich ab ..... meinen Beitritt als Mitglied zum FC Bayern Fanclub „de-roud-weissen Neifinger“.
Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats
Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: DE 51 ZZZ00000122144 Mandatsreferenz ist gleichzeitig die Mitgliedsnummer.
Ich ermächtige den Bayern Fanclub „de-roud-weissen Neifinger“ meinen Mitgliedsbeitrag wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag am 01.04 jeden Jahres fällig. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut: _____ BIC: _____

IBAN: _____

Kontoinhaber: _____

.....
Ort, Datum Unterschrift

1.Vorstand: Georg Schur
Hauptstraße 86
84088 Neufahrn
Tel.: 01714389687
E-Mail: bayernschorsch1@t-online.de

2.Vorstand: Manuel Rasp
Gossengrünerstr. 12
84066 Mallersdorf
Tel.: 015124095790
E-Mail: mrasp90@gmx.de

Kassierer: Matthias Opitz
Johann-Strauß-Str. 5a
84088 Neufahrn
Tel.: 016092150626
E-Mail: Bayerntitan1963@web.de