



**BREISGAUFLITZER e.V.**

## *Inklusiver SC Freiburg Fanclub Breisgauflitzer e.V.*

Beitrittserklärung zum inklusiven SC Freiburg Fanclub „Breisgauflitzer e.V.“

Name, Vorname

Straße

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum:

Tel.:

E-Mail:

Ich möchte  per Post  per E-Mail informiert werden.

Ich bitte um die Aufnahme in den inklusiven SC Freiburg Fanclub „Breisgauflitzer e.V.“  
Mit meiner Unterschrift erkenne ich die mir ausgehändigte Satzung an.

Es besteht **kein Anrecht** auf eine Dauerkarte.

Bei Austritt oder Ausschluss aus dem Fanclub **muss** die Dauerkarte, die über diesen bezogen wurde, zurückgegeben werden.

**Falls ich meine Mitgliedschaft beenden möchte, hat die Kündigung schriftlich (per Brief oder Mail) zu erfolgen.**

Mit den oben genannten Bedingungen bin ich einverstanden.

Bei grob fahrlässigem Verhalten gegenüber dem Fanclub oder der Fangemeinschaft muss mit Ausschluss aus dem Verein und dem Entzug der Dauerkarte, falls diese über den Fanclub bezogen wurde, gerechnet werden.

,den

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

### **Bei Minderjährigen:**

Ich erkläre mich mit dem Beitritt meines Sohnes / meiner Tochter zum inklusiven SC Freiburg Fanclub „Breisgauflitzer e.V.“ einverstanden.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass der Fanclub für meinen Sohn / meine Tochter keinerlei Haftung übernimmt.

,den

\_\_\_\_\_  
(Erziehungsberechtigte/r)

# SEPA-Lastschriftmandat

SC Freiburg Fanclub **Breisgauflitzer e.V.**  
Jean-Monnet-Str. 3  
79111 Freiburg

Gläubiger-Identifikationsnr.: DE70ZZZ00001113336 Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_

## Mitgliedsbeitrag (jährlich)

- Einzelmitgliedschaft (30€)     Familienmitgliedschaft (60€)    (minderjährige Kinder sind beitragsfrei)
- Jugendliche und Sozialhilfeempfänger (15€) (mit Nachweis)

Ich ermächtige den SC Freiburg Fanclub Breisgauflitzer e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SC Freiburg Fanclub Breisgauflitzer e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag jährlich von meinem Konto abgebucht wird.

IBAN:

BIC: (nur bei ausländ. Bank) \_\_\_\_\_

Bankname: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Bei Familienmitgliedschaft bitte alle Personen angeben:

Nr.	Name	Vorname	Geburtsdatum