



I. SC Göttingen 05 e.V.  
Schützenanger 1 \* 37081 Göttingen



**Aufnahmeantrag**

Hiermit beantrage ich – unter Anerkennung der Satzung – die Mitgliedschaft im I. SC Göttingen 05 mit Wirkung

vom \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ (gilt als Eintrittsdatum)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße / Ort: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Tel. / Email: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Göttingen, den .....

.....  
Unterschrift des Antragstellers

.....  
bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Die Monatsbeiträge wurden wie folgt festgelegt (bitte auswählen)

Kinder, Jugendliche bis 18 Jahre sowie Auszubildende, Studenten,  
Wehrpflichtige und Zivildienstleistende  10,00 €

Erwachsene / Förderer  11,00 €

Familien bis 3 Personen  25,00 €

Familien ab 4 Personen  34,00 €

Bei Eintritt in den Verein wird eine einmalige Passgebühr in Höhe von 10 € erhoben.

.....  
**Einzugsermächtigung\***

Für die Zahlung der Mitgliedsbeiträge erteile ich dem I. SC Göttingen 05 die Einzugsermächtigung bis auf Widerruf:

Gewünschter Einzugmodus  Halbjährlich  Jährlich

Bitte zutreffendes ankreuzen.

Name Konto Inhaber: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_ Kto.-Nr.: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

\*Ohne Erteilung einer Einzugsermächtigung ist eine Mitgliedschaft aus rationellen Gründen nicht möglich.

Göttingen, den .....

.....  
(Unterschrift des Kontoinhabers)

# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

I. SC Göttingen 05 e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Schützenanger 1

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

37081 Göttingen

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 1 7 Z Z Z 0 0 0 0 4 5 7 4 0 6

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment  Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: