

Bob-Club

Fürth im Odenwald 1965 <sup>E.</sup> <sub>V.</sub>



BOB-CLUB · Postfach 1246 · 64658 Fürth im Odenwald

BOB  
DAMENGYMNASTIK  
HERRENGYMNASTIK  
TENNIS

### Eintrittserklärung:

Hiermit erkläre ich den Beitritt in den Bob-Club-Fürth e.V. und erkenne die Satzung und Beitragsordnung an.

### Beitritt in Abteilung:

(Bitte zutreffendes ankreuzen)

Allgemein       Bob       Tennis       Gymnastik

Die Mitgliedschaft gilt mindestens für 1 Jahr und verlängert sich stillschweigend weiter, wenn nicht bis zum **30. September** des aktuellen Jahres für die folgende Saison schriftlich beim Vorstand gekündigt wird.

**Adresse: Bob-Club-Fürth, Postfach 1246, 64658 Fürth/Odw.**

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Fax

### Jahresbeiträge:

Allgemein / Bob: **35,00 €**      Tennis Erwachsene: **125,00 €**      Gymnastik: **110,00 €**

**Tennis Jugend:** Bis 16 Jahre **35,00 €**, ab 16 Jahre, Schüler/Student, Wehrpflichtige, Auszubildende **60,00 €**

### Ermäßigungen für Familien in der Abteilung Tennis:

Ehepaare mit : 1 Kind **230,00 €** - 2 Kindern **250,00 €** - ab 3 Kinder **270,00 €**

Ein Elternteil mit: 1 Kind **150,00 €** - 2 Kindern **170,00 €** - ab 3 Kinder **190,00 €**

### Geschwister ohne Elternmitgliedschaft:

Erstes Kind **35,00 €** - zweites Kind **30,00 €** - drittes Kind **25,00 €** - ab viertem Kind frei

### Kurzmitgliedschaft Tennis

Für 3 Monate im Jahr ..... **50,00 €**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

**SEPA LASTSCHRIFT MANDAT**

Bob Club Fürth, Krumbacher Straße 35, 64658 Fürth

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 65ZZZ00000428800 Mandatsreferenznummer:

Ich ermächtige den Bob Club Fürth Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Bob Club Fürth auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

---

Vorname und Name (Kontoinhaber)

---

Straße und Hausnummer

---

PLZ und Ort

---

IBAN

---

BIC

---

Geldinstitut:**Abbuchung der Mitgliedsbeiträge:**Jährlich (jeweils im Januar): halbjährlich (jeweils im Januar und im Juli): 

---

Unterschrift Kontoinhaber

---

Ort

---

Datum