



# Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme beim 1. SC Göttingen 05

Name

Geb.-Datum

Geschlecht

weiblich

männlich

divers

Straße

PLZ / Ort

Telefon

Email

## MITGLIEDSCHAFT

Aktiv Spielende (Jugendteams)

Vollzahlend (20,00 €)

Ermäßigt\*<sup>1</sup> (15,00 €)

Aktiv Spielende (Erwachsenenteams)

Vollzahlend (20,00 €)

Ermäßigt\*<sup>2</sup> (15,00 €)

Passive Mitglieder

Vollzahlend (10,00 €)

Ermäßigt\*<sup>2</sup> (5,00 €)

Familien (35,00 €) mind. eine erwachsene Person und ein Kind

Weitere Familienangehörige bei Mitgliedschaft "Familie"

Name

Geb.-Datum

Name

Geb.-Datum

Name

Geb.-Datum

einmalige Verwaltungs- / Passgebühr (bei Anmeldung von aktiven Spieler\*innen): 15,00 €

\*<sup>1</sup>Ermäßigt (Jugendteams): Studierende, Empfänger\*innen von Sozialleistungen (z.B. Bürgergeld, BuT)

\*<sup>2</sup>Ermäßigt (Erwachsenenteams / passive Mitglieder): Rentner\*innen, Studierende, Empfänger\*innen von Sozialleistungen (z.B. Bürgergeld, BuT), Auszubildende, Teilnehmende an Freiwilligendienste (Bafdi, FÖJ etc.)

Die gültigen Ermäßigungsnachweise sind jährlich zum 01.01. bei der Mitgliederbetreuung einzureichen (außer Rentner\*innen)

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen die Erziehungsberechtigten)



0123456789012345678901

# SEPA-Lastschriftmandat

## SEPA Direct Debit Mandate

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

1. 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\***

\* Angabe freigestellt / Optional information

**Straße und Hausnummer / Street name and number:**
**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**
**Land / Country:**
**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):**
**BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.  
 Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

**Ort / Location:**
**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):**
**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**