



**An den
Hauptausschuss des ASV Schwarz-Rot 06**

Übernahme von Jugendlichen in den Seniorenbereich	
Vorname	Nachname
Geburtsdatum	Geschlecht
Straße	Plz/Ort
Nationalität	
Telefon (p)*	Telefon (d)*
Telefon (m)*	Telefax*
E-Mail	
Abteilung	
Mitgliedsart <input type="radio"/> aktiv <input type="radio"/> inaktiv	Beitragssaldo
Eintrittsdatum	Übernahmedatum
Bestätigung (Datum, Unterschrift)	

SEPA-Lastschriftmandat	
<p>Ich ermächtige (wir ermächtigen) den ASV Schwarz-Rot 06 e. V., Breslauerstr. 25, 52068 Aachen Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von ASV Schwarz-Rot 06 e. V., auf mein 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.</p>	
Gläubiger ID:	DE58ZZZ00000054312
Mandatsreferenz-Nr. (bitte offen lassen)	
Kreditinstitut	
IBAN	
BIC	
Beitrageinzug (Nichtzutreffendes bitte streichen)	ab _____.____.20___ / sofort jährlich zum 01.02. / halbjährlich zum 01.02. und 01.08.
Name des Mitglieds	
Name des Kontoinhabers	
Anschrift des Kontoinhabers	
Bestätigung des Kontoinhabers (Datum, Unterschrift)	