

SV Kork 1920 e.V.  
 Rohrfeldstr. 7  
 77694 Kehl Kork  
 Tel. Sporthaus 07851-1867  
[www.sv-kork.de](http://www.sv-kork.de)



**Beitrittserklärung  
 (Einzugsermächtigung)**

Hiermit trete ich in den SV Kork 1920 e.V. ein  
 Meine Rechte und Pflichten ergeben aus der Satzung des Vereins

.....  
 (Name) (Vorname) (Geb.Datum)

.....  
 (Straße) (PLZ) (Wohnort)

Bitte das betreffende Feld ankreuzen

70	.-€	Für Familien	<input type="checkbox"/>
55	.-€	Für Erwachsene	<input type="checkbox"/>
50	.-€	Für jugendliche bis 18 Jahre	<input type="checkbox"/>

**SEPA-Lastschrift-Mandat**

Ich ermächtige den Sportverein Kork 1920 e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Sportverein Kork 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.

.....  
 (Kontonummer) (Bankleitzahl)

.....  
 (Kreditinstitut)  
**IBAN**   
**BIC**

**Aufstellung Familie: ( NUR BEI FAMILIENBEITRAG)**

Name	Vorname	Geburtsdatum

Datum Ort Unterschrift (bei Jugendlichen der gesetzliche Vertreter)

SV Kork 1920 e.V.  
 Rohrfeldstr. 7  
 77694 Kehl Kork  
 Tel. Sporthaus 07851-1867  
[www.sv-kork.de](http://www.sv-kork.de)



**Beitrittserklärung  
 (Einzugsermächtigung)**

Hiermit trete ich in den SV Kork 1920 e.V. ein  
 Meine Rechte und Pflichten ergeben aus der Satzung des Vereins

.....  
 (Name) (Vorname) (Geb.Datum)

.....  
 (Straße) (PLZ) (Wohnort)

Bitte das betreffende Feld ankreuzen

70	.-€	Für Familien	<input type="checkbox"/>
55	.-€	Für Erwachsene	<input type="checkbox"/>
50	.-€	Für jugendliche bis 18 Jahre	<input type="checkbox"/>

**SEPA-Lastschrift-Mandat**

Ich ermächtige den Sportverein Kork 1920 e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Sportverein Kork 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.

.....  
 (Kontonummer) (Bankleitzahl)

.....  
 (Kreditinstitut)  
**IBAN**   
**BIC**

**Aufstellung Familie: ( NUR BEI FAMILIENBEITRAG)**

Name	Vorname	Geburtsdatum

Datum Ort Unterschrift (bei Jugendlichen der gesetzliche Vertreter)