

# Schafkopffreunde Neuburg e.V.

**Johann Schlamp**  
Erster Vorsitzender  
Molkereiweg 1  
86643 Rennertshofen  
Tel.: 0174/4944947

**Andreas Braun**  
Zweiter Vorsitzender  
Augsburger Straße 37  
86633 Neuburg/Donau  
Tel.: 0179/1196900

**Email:** vorstaende@schafkopffreunde-neuburg.de  
**Web:** www.schafkopffreunde-neuburg.de



Mitgliedsnummer:  
(vom Verein auszufüllen)

## Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein „Schafkopffreunde Neuburg e.V.“.

### Datenschutzhinweis:

Nachstehende Daten werden nur im Rahmen der Abrechnung und Betreuung der Mitgliedschaft im Verein erfasst bzw. verarbeitet.  
Es erfolgt insbesondere keine Herausgabe der Daten an vereinsfremde Dritte.

|                |                      |          |                      |
|----------------|----------------------|----------|----------------------|
| Name:          | <input type="text"/> | Vorname: | <input type="text"/> |
| Straße/Hausnr: | <input type="text"/> | PLZ/Ort: | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum   | <input type="text"/> | Telefon: | <input type="text"/> |
| Email          | <input type="text"/> |          |                      |

Beitragsjahr ist das Kalenderjahr. Der Mitgliedsbeitrag von derzeit **EUR 30,-** wird durch Lastschrift eingezogen (erstmalig im Beitrittsmonat, jeweils zum 15. Januar für die nachfolgenden Beitragsjahre). Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist spätestens zwei Wochen vorab zum 31.12. des laufenden Beitragsjahres schriftlich einzureichen.

**Der Wortlaut der Vereinssatzung ist mir bekannt, ich erkenne diese hiermit an.**

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift  
(ggf. des Erziehungsberechtigten)

## SEPA-Lastschriftmandat

Erteilung eines Mandats zum Einzug von SEPA-Basis-Lastschriften für wiederkehrende Zahlungen.

**Zahlungsempfänger:** Schafkopffreunde Neuburg e.V.  
**Gläubiger-ID-Nr.:** DE22ZZZ00000570903  
**Mandatsreferenz-Nr.:** Mitgliedsnummer (s.o. – kann bei der Vorstandschaft erfragt werden)

**Kontoinhaber:**  wie oben – falls abweichend:

|                |                      |          |                      |
|----------------|----------------------|----------|----------------------|
| Name:          | <input type="text"/> | Vorname: | <input type="text"/> |
| Straße/Hausnr: | <input type="text"/> | PLZ/Ort: | <input type="text"/> |
| IBAN:          | <input type="text"/> |          |                      |
| BIC:           | <input type="text"/> |          |                      |

Ich ermächtige die Schafkopffreunde Neuburg e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Schafkopffreunde Neuburg e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift des Kontoinhabers  
(ggf. des Erziehungsberechtigten)