



**Bocholter**

**Fussball Talente 2005 e.V.**

Förderverein für talentierte Fußballjugendspieler  
im Raum Bocholt und Umgebung

## **Antrag zur Aufnahme als Mitglieder beim BFT05**

### **Mitgliedsdaten**

Hiermit beantrage/n ich/wir die Aufnahme von oben genannter Person  
als Aktives  oder Passives  Mitglied beim BFT05.

<b>Name, Vorname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Strasse, Hausnr.:</b>	
<b>PLZ, Wohnort:</b>	
<b>Vorwahl / Telefon:</b>	
<b>Handy / Mobil:</b>	
<b>E-M@il:</b>	
<b>Aktiv im Verein:</b>	

### **Mitgliedsbeiträge**

	<b>Aktives Mitglied</b>	<b>Passives Mitglied</b>
<b>Jahresbeitrag</b>	<b>120,- €</b>	<b>24,- €</b>

*Die Jahresbeiträge werden für „Aktive Mitglieder“ zum 01. Oktober zu Beginn einer Saison und für „Passive Mitglieder“ zum 01. Februar per SEPA-Lastschrift eingezogen*

(Bitte das SEPA-Lastschriftmandat ausdrucken, ausfüllen und Unterschrieben mit diesem Mitgliedsantrag an den BFT05 e.V. schicken)

BFT05 e.V.  
Wachtelschlag 7a  
46395 Bocholt

**Ich/Wir habe/n die AGB und die Satzung des BFT05 gelesen und zur Kenntnis genommen.**  
(Einzusehen unter <http://www.bft05.de>)

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

BFT05 e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Wachtelschlag 7a

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

46395 Bocholt

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE08BFT00001503478

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger BFT05 e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger BFT05 e.V. 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 BFT05 e.V. 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 BFT05 e.V..

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

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: