

Aufnahmeantrag

hiermit beantrage ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

Postleitzahl, Wohnort

Straße

Telefon

Handy

E-Mail

die Aufnahme in den Fußballverein Graben 1911 e.V. ab dem

Jahresbeiträge (zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|--------------------------|---|----------|
| <input type="checkbox"/> | Erwachsene | 60,00 € |
| <input type="checkbox"/> | Ehepaare (ohne Kinder) | 75,00 € |
| <input type="checkbox"/> | Familienbeitrag | 110,00 € |
| <input type="checkbox"/> | Jugendliche Mitglieder | |
| | <input type="checkbox"/> 1.Kind | 45,00 € |
| | <input type="checkbox"/> 2.Kind | 36,00 € |
| | <input type="checkbox"/> ab dem 3.Kind beitragsfrei | |
| <input type="checkbox"/> | zuzüglich Alte Herren Beitrag | 16,00 € |

Bis auf Widerruf erfolgt der Beitragseinzug jährlich zum 1.April

Datum, Ort und Unterschrift

Bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters