

Mitgliedsantrag

Ich beantrage, mich bzw. mein nachstehend genanntes Familienmitglied in den SC Leinefelde 1912 e.V. aufzunehmen. **Geschäftsstelle**Jahnstraße 11
37327 Leinefelde-Worbis

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Öffnungszeit

Mittwoch: 18:00 bis 20:00 Unr
Telefon: 03605 502326

m	änr	ılich	1					W	eibl	ich																									
Name													_				Vorname														—				
Geburtsda	tum												_				Nationalität																		
PLZ Ort, O	rtste	il											_				S	traße	На	aus	nu	m	me	r											
Telefon													_				N	1obilt	elef	on															—
E-Mail																																			—
MITGLIE	DS	CH.	AF	Т			akt	tiv] p	ass	siv																						
																	F	ußł	oal	l															
Beitrittsdat	um																-	Abteil	ung	J															
ERMÄCH	łTIC	SUI	NG	- S	ΕP	A-	LA	ST	sc	HR	IF	Г-М.	ΑN	۱D	ΑT		N	/land	dat	sn	un	nr	ne	r											
Nur Konte	n in	SE	PA-	-Lär	der	'n:																													
SC Leinef	elde	19	12 6	e.V.		(Glä	ubi	ger-	-lde	ntif	ikati	ons	snı	umr	mer	r: E)E24	180	CL	.00	0	02	1()1	13	9								
Ich ermächtig ich mein /uns				-										-																			-		veise
Hinweis: Ich Es gelten dat												-						astung	jsda	itur	n, d	ie	Ers	tat	tun	g d	es	be	last	ete	n Bet	trage	s ver	lang	jen.
Kontoinh	abe	r: N	am	e, V	'orr	nar	ne																												
ADRESSE	E (fa	lls	vor	ı de	r d	es	Mit	gli	eds	ab	wei	iche	nd	I)																					
Straße:													_				F	LZ,	Ort	t															
IBAN																																			
віс																																			
Hiermit be Datensch																																		9.	
Ort, Datum																	τ	Inters	chrif	ft d	es Z	Zal	nlun	ngs	pfli	cht	ige	n /	Ko	ntoi	nhab	ers			
Ort, Datum													_					Jnters Bei Mir												ehu	ngs-	/ Son	gebe	rech	