



**Mitgliedsantrag**

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Sport- und Kulturverein MeriDian e.V. und verpflichte mich, die Satzung und Ordnungen des Vereins und dessen Gliederungen zu beachten und meinen Beitrag pünktlich zu entrichten. Die Vereinssatzung und Informationen zu den Versicherungsbedingungen, sowie Beitrags- und Geschäftsordnung des jeweiligen Bereichs können bei den Übungs- oder Bereichsleitern eingeholt werden.

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

**Ja, ich möchte dem Verein  
beitreten.\***

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift  
Antragsteller: \_\_\_\_\_

Mit Aufnahme in den Verein, erklärt sich der Antragsteller einverstanden, dass evtl. Bildmaterial für die Öffentlichkeitsarbeit des Vereins uneingeschränkt verwendet werden kann. (Nichtzutreffendes - Streichen)

**Mitgliedsbeitrag pro Monat**  
**Erwachsene 10,00€**,  
halbjährlich im Voraus zum 31.1.  
und 31.7. des lfd. Jahres an:

**Bankverbindung**  
Volksbank Magdeburg e.G.  
Kto-Nr.: 101 309 960  
BLZ: 810 932 74  
**Vwdgsw.: Name, Vorname**

**IBAN: DE46 8109 3274**  
**0101309960**  
**BIC: GEN0DEF1MD1**

*\*Hiermit wird eine unbefristete Mitgliedschaft vereinbart. Die Kündigung ist nur zum 30.6. und 31.12. des lfd. Jahres möglich, bitte schriftlich 6 Wochen vor Kündigungstermin per Post oder eMail an die unten angegebene Vereinsadresse senden! Es gilt das Datum des Poststempels, bzw. Eingangsstempels.*

**SKV MeriDian e.V.**  
**G. - Ricker – Str. 20**  
**39120 Magdeburg**  
eMail: [info@skvmeridian.eu](mailto:info@skvmeridian.eu)  
Internet: [www.skvmeridian.eu](http://www.skvmeridian.eu)

**SKV MeriDian e.V., G. - Ricker – Str. 20, 39120 Magdeburg**  
**Gläubiger - Identifikationsnummer: DE06ZZZ00000343144**  
**Mandatsreferenz: Mitgliedsbeitrag**

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

**Kontoinhaber**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

**Kreditinstitut**

Name: \_\_\_\_\_

BIC : \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort, Unterschrift

