



## BEITRITTSERKLÄRUNG

Wheels over Frankfurt Radsport e.V.  
c/o Hendrik Bauer  
Friedrich-Ebert-Straße 10a  
63500 Seligenstadt

## VEREINSANMELDEFORMULAR

[Vorname]	[Nachname]
[Anschrift]	[Nr.]
[Wohnort]	[PLZ]
[Geburtsdatum]	[Nationalität]
[E-Mail]	[Mobil Nr. *freiwillige Angabe]

Aufnahme in Newsletter

Aufnahme in WhatsApp-Gruppe

ART DER MITGLIEDSCHAFT (BITTE ANKREUZEN):

- Vollmitgliedschaft [ 60,-€ Jahresbeitrag ]
- Schüler / Studenten / Auszubildene / Erwerbslose [ 50,-€ Jahresbeitrag ]  
(bei ermäßigter Mitgliedschaft ist eine Bescheinigung beizufügen / bis max. 27 Jahre)
- Familienmitgliedschaft (siehe Seite 3) [ 100,-€ Jahresbeitrag ]  
(Ehepartner:in und max. 3 minderjährige Kinder von ordentlichen Mitgliedern)

[Ort, Datum]	[Unterschrift]
--------------	----------------

### Allgemeine Information

Änderungen der Bankverbindung, Wohnortwechsel oder sonstige personelle Veränderungen sind unverzüglich der Geschäftsstelle mitzuteilen.

Im Übrigen gilt die Beitragsordnung und Satzung von Wheels over Frankfurt Radsport e. V. die öffentlich unter <https://woffm.de> einsehbar sind.

### Beitragszahlung

Fällige Mitgliedsbeiträge werden automatisch per SEPA-Lastschriftverfahren beglichen.

Bitte hierzu das umseitige Formular zur SEPA-Lastschrift-Erteilung vollständig ausfüllen.

### Übermittlung

postalisch oder bequem per E-Mail an: [kassenwart@woffm.de](mailto:kassenwart@woffm.de)

**Bei Jugendlichen unter 18 Jahren ist die Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter(s) erforderlich!**

Mit der Unterschrift werden weiterhin folgende Punkte eingewilligt:

- Veröffentlichung von Personenbildnissen für vereinsrelevante Medien  
Ein Widerruf ist postalisch an [Wheels over Frankfurt Radsport e.V. - c/o Hendrik Bauer – Friedrich-Ebert-Straße 10a - 63500 Seligenstadt] zu richten
- Informationspflicht nach Artikel 13 und 14 DSGVO (<https://woffm.de/datenschutzerklaerung/>)

[Ort, Datum]	[Unterschrift ges. Vertreter 1]	[Unterschrift ges. Vertreter 2]
--------------	---------------------------------	---------------------------------

WHEELS OVER FRANKFURT RADSPORT E. V.

c/o Ludwig Ehlert  
Klingenbergweg 1  
61267 Neu-Anspach

Telefon: +49 6081 9651251  
E-Mail: [vorstand@woffm.de](mailto:vorstand@woffm.de)

Registereintrag:  
Amtsgericht Frankfurt am Main



## SEPA-BASIS-LASTSCHRIFTMANDAT

Wheels over Frankfurt Radsport e.V. c/o Hendrik Bauer, Friedrich-Ebert-Straße 10a, 63500 Seligenstadt

MITGLIED

[Vorname, Nachname]	[Mitgliedsnummer – wird vom Verein eingetragen]
[Anschrift]	
[PLZ, Ort]	

NAME UND ANSCHRIFT DES ZAHLUNGSEMPFÄNGERS (GLÄUBIGER)

Wheels over Frankfurt Radsport e.V.

wiederkehrende Zahlung

Klingenbergweg 1

61267 Neu-Anspach

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI / Creditor Identifier)] <b>DE11 ZZZ 0000 1825 699</b>	[Mandatsreferenz – sofern bereits bekannt bitte eintragen / wird nachgereicht]
---	--

### SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich / Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers] <b>Wheels over Frankfurt Radsport e.V.</b>
---

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers] <b>Wheels over Frankfurt Radsport e.V.</b>
---

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

[Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)]
---

[Kreditinstitut]
------------------

[BIC]	[IBAN] <b>DE</b>
-------	---------------------

**Hinweis:** Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

[Ort, Datum]	[Unterschrift (Zahlungspflichtiger)]
--------------	--------------------------------------

WHEELS OVER FRANKFURT RADSPORT E. V.

c/o Ludwig Ehlert  
Klingenbergweg 1  
61267 Neu-Anspach

Telefon: +49 6081 9651251  
E-Mail: [vorstand@woffm.de](mailto:vorstand@woffm.de)

Registereintrag:  
Amtsgericht Frankfurt am Main

## FAMILIENMITGLIEDSCHAFT (weitere Mitglieder)

(Ehepartner:in und max. 3 minderjährige Kinder von ordentlichen Mitgliedern)

### Ehepartner:in

[Vorname]	[Nachname]
[Anschrift]	[Nr.]
[Wohnort]	[PLZ]
[Geburtsdatum]	[Nationalität]
[E-Mail *freiwillige Angabe ]	[Mobil Nr. *freiwillige Angabe]

### Kind 1

[Vorname]	[Nachname]
[Geburtsdatum]	[Nationalität]
[E-Mail* freiwillige Angabe]	[Mobil Nr. *freiwillige Angabe]

### Kind 2

[Vorname]	[Nachname]
[Geburtsdatum]	[Nationalität]
[E-Mail *freiwillige Angabe]	[Mobil Nr. *freiwillige Angabe]

### Kind 3

[Vorname]	[Nachname]
[Geburtsdatum]	[Nationalität]
[E-Mail *freiwillige Angabe]	[Mobil Nr. *freiwillige Angabe]

Bei abweichender Adresse der Kinder zum Antragsteller, melde dich bitte bei:  
[kassenwart@woffm.de](mailto:kassenwart@woffm.de)