

MELDE DICH BEI UNS!



Jörg Schlarmann



05462-71646



foerderkreis@sv-quitt-ankum.de



Bernhard-Hartmann-Str. 14
49577 Ankum



sv-quitt-ankum.de

VORSTAND

1. Vorsitzender

Konrad Wiese
Tel.: 05462-742641

2. Vorsitzender

Ulrich Wernsing
Tel.: 05462-1527

Kassierer

Michael Schnurpfeil
Tel.: 0176-21459179

Beisitzerin

Katrin Imwalle
Tel.: 0170-9354962

Schriftführer

Jörg Schlarmann
Tel.: 05462-71646



FÖRDERKREIS SV QUITT ANKUM



Schon
Mitglied?

Wir brauchen
Deine
Unterstützung!

WIR SIND

Der Verein wurde am 24.02.1992 von Dr. Albert Schmidt gegründet.

Seit dieser Zeit sind mehrere tausend Euro an Spendengeldern für Jugend- arbeit, Investitionen u.a. Aktivitäten zur Verfügung gestellt worden.

Unser vorrangiges Ziel ist es, weitere Mitglieder zu werben, um den SV Quitt Ankum dauerhaft mit finanziellen Mitteln unterstützen zu können.

Wichtig: Alle Abteilungen kommen in den Genuss von Spendengeldern.

Daher bitten wir Sie: Helfen Sie uns dabei, das reichhaltige Sportangebot in Ankum aufrechtzuerhalten und werden Sie Mitglied im Förderkreis!

Der Vorstand

UNSERE ZIELE

Finanzielle Unterstützung in den Bereichen der Jugendarbeit des SV Quitt Ankum:

- Ergänzung und Neuanschaffung von Trainingsmaterialien
- Finanzierung von Jugendfahrten, z. B. der Handballabteilung
- Übernahme von Weiterbildungs- / Ausbildungskosten für Trainer und Übungsleiter
- Finanzielle Hilfe bei Investitionen in den Verein (Gebäude, Sportanlage u. a.)

BEITRITTS-ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderkreis des SV Quitt Ankum e. V.:

Name: _____

Vorname: _____

Str./Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____

SEPA-Lastschriftmandat
Gläubiger-ID: DE12ZZZ00001108657
Mandatsreferenz:
wird separat an obige E-Mail mitgeteilt.

Ich ermächtige den Förderkreis des SV Quitt Ankum e. V., fällige Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SV Quitt Ankum e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoninhaber

Kreditinstitut (Name/BIC)

DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _
IBAN

Betrag: _____ €
(Mindestbeitrag: 60,00 €/Jahr)

Datum, Ort

Unterschrift

