



Aufnahmeantrag

Name, Vorname des neuen Mitglieds:

Geburtsdatum:

PLZ, Wohnort:

Straße, Hausnummer:

E-Mail-Adresse:

Telefon: Mobil:

- | | |
|---|---------------------|
| Hiermit beantrage(n) ich / wir eine | Beitrag pro Quartal |
| <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft Erwachsene | 45,00 € |
| <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft Rentner | 36,00 € |
| <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre | 30,00 € |
| <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft als förderndes Mitglied | 25,00 € |
| <input type="checkbox"/> Familienmitgliedschaft | 63,00 € |

in der Abteilung / Mannschaft

Für Familienmitgliedschaften:		Abteilung/
Name, Vorname des Ehe- bzw. Lebenspartners	Geburtsdatum	Mannschaft
.....
Namen, Vornamen der Kinder		
.....
.....
.....

Für alle Mitgliedschaften wird eine einmalige Aufnahmegebühr von 3,00 € erhoben.
 Ich erkenne die Satzung und Beitragsordnung des SV Gnaschwitz-Doberschau e.V. sowie die Rechtsvorschriften der Verbände vorbehaltlos an.

.....
 Beginn der Mitgliedschaft Unterschrift (bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter)

Der Umgang mit persönlichen Daten ist in der Datenschutzerklärung des Vereins geregelt.
 Hiermit bestätige ich, diese Erklärung gelesen und verstanden zu haben und gestatte dem SV Gnaschwitz-Doberschau, die dort beschriebenen Verfahrensweisen anzuwenden.

.....
 Ort, Datum Unterschrift (bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter)

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger: SV Gnaschwitz-Doberschau e.V.

Anschrift: Fabrikstraße 13b, 02692 Doberschau

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE65ZZZ00001196749

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

.....

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich / ermächtigen wir den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
 Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:

.....

PLZ, Wohnort:

.....

Straße, Hausnummer:

.....

IBAN:

.....

BIC:

.....

.....
 Ort, Datum Unterschrift(en) der / des Kontoinhaber(s)