

Aufnahmeantrag Jugendabteilung - Fußball



Ich beantrage die Aufnahme in die Abteilung Fußball der Spvg. Schonnebeck 1910 e.V.

Beginn der Mitgliedschaft: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Straße / Hausnummer: _____ Telefon: _____

Postleitzahl / Wohnort: _____ @-Mail: _____

Für die Mitgliedschaft gilt die Satzung der Fußball – Abteilung. Der Mitgliedsbeitrag richtet sich nach der jeweils gültigen Beitragsordnung. Zurzeit beträgt der Monatsbeitrag 15€. Hinzu kommt eine einmalige Verwaltungsgebühr bei Aufnahme von 5€. Beiträge werden bei Vereinsaustritt nicht erstattet.

Jedes Mitglied trägt selbst das Risiko eines Personen – oder Sachschadens aus der Betätigung im Verein. Der Verein bietet jedoch einen Versicherungsschutz im Rahmen der durch den Landessportbund NRW e.V. abgeschlossene Sportunfallversicherung. Etwaig auftretende Sportunfälle sind möglichst sofort / zeitnah nach der ärztlichen Untersuchung dem Sozialwart zu melden.

Der Austritt aus der Spvg. Schonnebeck 1910 e.V., Abteilung Fußball, kann nach der z. Zt. gültigen Satzung jederzeit erfolgen. Die Austrittserklärung ist per Einschreiben an den Abteilungsvorstand zu richten.

Die Mitgliedsbeiträge werden nach Maßgabe der untenstehenden Ermächtigung im Lastschriftverfahren eingezogen. Die Einzugsermächtigung wird auf jederzeitigen Widerruf erteilt, und erlischt automatisch mit der Kündigung der Mitgliedschaft.

Die Zahlungsverbindlichkeit erlischt nicht durch stillschweigendes Fernbleiben von den Trainingsstunden.

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung der auf diesem Antrag enthaltenden Daten gem. Bundesdatenschutz für Zwecke des Vereins bin ich einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Spvg: Schonnebeck 1910 e.V. – Friedhofstraße 17 a – 45309 Essen
Gläubiger – ID: DE 6100200000807075

SEPA – Lastschriftmandat / Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige die Spvg. Schonnebeck, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Bankinstitut an, die von der Spvg. Schonnebeck auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Name und Vorname): _____

Strasse: _____ PLZ / Ort: _____

Bankinstitut-Name und BIC: _____

IBAN: DE _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _ / _ _ _

Einzug: per Monat per Quartal per Halbjahr per Jahr

Datum / Ort: _____ Unterschrift: _____

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft (bei abweichendem Konto):

Name / Vorname Mitglied: _____ / _____