



Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Aufnahme in die Abteilung Fussball der SpVg Schonnebeck 1910 e.V.

Beginn der Mitgliedschaft: _____

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

Straße / Nr.: _____ Telefon : _____

Postleitzahl / Wohnort: _____ E-Mail: _____

Für die Mitgliedschaft gilt die Satzung der Fußball-Abteilung. Der Mitgliedsbeitrag richtet sich nach der jeweils gültigen Beitragsordnung, zur Zeit 9,- Euro/Monat. 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 Nordrhein-Westfalen e.V. abgeschlossenen Sportunfallversicherung. Etwa auftretende Sportunfälle sind möglichst sofort spätestens jedoch am nächsten Tag nach ärztlichen Untersuchungen 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 Mitgliederbeiträge werden nach Maßgabe der untenstehenden Ermächtigung im Lastschriftverfahren eingezogen.. Die Einzugsermächtigung wird auf jederzeitigen Widerruf erteilt und erlischt automatisch mit Kündigung der Mitgliedschaft.

Die Zahlungsverbindlichkeit erlischt nicht durch stillschweigendes Fernbleiben von den Trainingsstunden.

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung der auf dem Erfassungsbogen enthaltenen Daten gem. Bundesdatenschutz für Zwecke des Vereins bin ich einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

SpVg Schonnebeck 1910 e.V. – Friedhofstr. 17 A - 45309 Essen
Gläubiger-Identifikationsnummer DE6100200000807075

SEPA-Lastschriftmandat / Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige die SpVg Schonnebeck, Zahlungen meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut 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 verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Name u. Vorname): _____

Strasse : _____ PLZ / Ort : _____

Bankinstitut: Name und BIC: _____ / _____ / _____

IBAN : DE ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Einzug: jährlich halbjährlich vierteljährlich

Datum / Ort: _____ Unterschrift: _____

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von(bei abweichendem Kto. Inh.)

Name / Vorname Mitglied : _____ / _____