



Sportverein Kleinochsenfurt 1929/49 e.V.

Antrag auf Mitgliedschaft

Der/Die Unterzeichner/-in beantragt hiermit seine Aufnahme zur Mitgliedschaft beim SV Kleinochsenfurt und erkennt durch seine Unterschrift dessen Vereinssatzungen an. Kündigung der Mitgliedschaft ist nur zum Jahresende möglich. Eine Erstattung des Mitgliedsbeitrages ist nicht möglich.

_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Straße, Hausnummer, evtl. Ortsteil	Postleitzahl und Ort
_____	_____
Festnetznummer	Mobilfunknummer
_____	_____
E-Mail-Adresse	Geburtsdatum

Weiter melde ich folgende Familienmitglieder an:

Vorname

Geburtsdatum

Vorname

Geburtsdatum

Beitragshöhe

Beitrag Kinder und Jugendliche: 48 € (bis 18 Jahre):

Beitrag Erwachsener : 72 € (19-60 Jahre)

Beitrag Senioren : 52 € (ab 60 Jahre)

Beitrag Familie : 96 €

Hinweis zum Datenschutz

Die Mitgliederdaten unterliegen dem Datenschutz und werden für Zwecke der Mitgliederdatenverwaltung und Mitgliederbetreuung genutzt.

Der SV Kleinochsenfurt gibt keine personenbezogenen Daten seiner Mitglieder an andere Unternehmen für Werbemaßnahmen weiter.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten durch den SV Kleinochsenfurt zur Mitgliederverwaltung unter Beachtung der DS-GVO vom 25.05.2018 einverstanden. Mir ist bekannt, dass dem Mitgliedsantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über die über mich gespeicherten Daten zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

(bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten)



Sportverein Kleinochsenfurt 1929/49 e.V.

SEPA-Lastschriftmandat

Der SV Kleinochsenfurt 1929/49 e.V., Ochsentälstr. 15,97199 Ochsenfurt
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE31SVK00000566085

Ich ermächtige den SV Kleinochsenfurt 1929/49 e.V., den festgesetzten Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit im jeweiligen Beitragsjahr zu Lasten meines Bankkontos mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SV Kleinochsenfurt 1929/49 e.V. 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Vorname und Name (Kontoinhaber)

für Mitglied :

Straße und Hausnummer, evtl. Ortsteil

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name)

(BIC)

DE ____-____-____-____
(IBAN)

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber
