

Aufnahmeantrag



An den
Skiclub Biberttal e.V.
Mitgliederverwaltung
Schwabacher Str. 156 A
90513 Zirndorf

Mail: mv@skiclub-biberttal.de
per Fax: +49 911 6697789

Aufnahmeantrag **Änderungsmeldung** Skifahrer: ja nein
Erwachsener € 30.- **Familie** € 50.- **Kind /Jugendlich** € 20.- **Alleinerziehend** € 40.-

Vorname:.....**Nachname:**

Geb.-Datum:/...../.....

Straße / Nr.:

PLZ:..... **Ort:**.....

Telefon:..... **E-Mail:**.....

Die gültige Vereinsatzung wird anerkannt. Die Satzung ist jederzeit im Internet unter www.skiclub-biberttal.de einzusehen. Die vorgenannten Daten werden ausschließlich zum Zweck der Mitgliederverwaltung benötigt und vertraulich verwendet, dies unter Beachtung der Vorgaben nach der DSGVO der EU.

Bei der Angabe der E-Mail-Adresse stimme ich zu *Informationen zu Vereinsangelegenheiten, wie z.B. Einladung zur jährlichen Mitgliederversammlung oder zu sportlichen Veranstaltungen per Mail zu erhalten*. Ich bin damit einverstanden, dass für die mediale Berichterstattung (Zeitung, Vereinshomepage, soziale Medien), Bild- und Filmmaterial, Name/Vorname und Geburtsdatum verwendet werden dürfen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Bei Minderjährigen die Erziehungsberechtigten, sie erklärt sich bereit die Beitragszahlungen zu übernehmen.
(Bitte pro Familienmitglied ein Formular ausfüllen)

Einzugsermächtigung > SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Skiclub Biberttal e.V., 90513 Zirndorf-Gläubiger-Identifikations-Nr.: DE31ZZZ00000235606
SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (siehe oben), Zahlungen von meinem / unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Fälligkeitsinformation: Der jährliche Mitgliedsbeitrag wird, gem. Satzung, zum 31. Januar eines jeden Jahres zur Zahlung fällig und eingezogen.
Mandats-Referenz-Nr. _____ wird separat mitgeteilt

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

Konto-Nr.:.....**BLZ:**.....

IBAN:DE **BIC:**.....

Bankinstitut:.....

Kontoinhaber:.....

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift Kontoinhaber/in)