



**Förderverein
Sportverein Gutweiler e.V.**

Michael Virnich
1. Vorsitzender
Zum Steinbruch 23
54317 Korlingen
Tel.: 0176 99666592
E-Mail: kontakt@svgutweiler.de

AUFNAHMEANTRAG BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	Wohnort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	E-Mail

die Aufnahme in den Förderverein Sportverein Gutweiler e.V..

DATENSCHUTZ & RECHTLICHES

Durch meine Unterschrift erkenne ich die gültigen Beitragssätze, die Vereinssatzung und die Datenschutzerklärung des Sportvereins Gutweiler e.V. an. (einzusehen unter www.svgutweiler.de)

Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist nur zum Ende eines Kalendervierteljahres mit einer Frist von 6 Wochen in schriftlicher Form möglich. Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich einverstanden. Ich kann jederzeit vom Verein Auskunft über meine gespeicherten Daten erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht.

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos und Videos, die von meiner Person im Zusammenhang mit dem Vereinsleben entstehen, vom Verein veröffentlicht werden dürfen (z. B. Vereinshomepage, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit). Ich habe jederzeit das Recht, diese Zustimmung gegenüber dem Verein im Einzelfall oder generell zu widerrufen.

Datum

Unterschrift
(bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

SEPA LASTSCHRIFTMANDAT

Zahlungsempfänger: Förderverein Sportverein Gutweiler e.V.

Gläubiger Indentifikationsnummer: DE 76 ZZZ 00000333154

Mandatsreferenznummer: ist die Mitgliedsnummer

Ich/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift 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.

BEITRAGSZAHLUNG

jährlich (65,00 EUR, Einzug im Juli)

ANGABEN ZUM KONTOINHABER

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

IBAN

BIC/Kreditinstitut

Datum

Unterschrift Kontoinhaber