



Sportverein Gutweiler e.V.

Fußball · Tennis · Volleyball · Freizeitsport

Harald Knobloch

1. Vorsitzender

Zum Sportplatz 1

54317 Gutweiler

Tel.: 06588 988489

E-Mail: kontakt@svgutweiler.de

AUFNAHMEANTRAG BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft
im Sportverein Gutweiler e.V. ab dem

Datum

Ich bin bereits Mitglied
im Sportverein Gutweiler e.V. und

Mitgliedsnummer

trete zusätzlich in die Abteilung _____ ein.

möchte in die Abteilung _____ wechseln.

ABTEILUNG

Fußball Tennis Volleyball Gymnastik 2. Weg Kindersport passives Mitglied

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Telefon

E-Mail

Folgende Familienmitglieder sind bereits Vereinsmitglieder:

1) _____

2) _____

3) _____

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:
Sportverein Gutweiler e.V.

Gläubiger Identifikationsnummer:
DE 16 ZZZ 00000779173

Mandatsreferenznummer:
ist die Mitgliedsnummer

BEITRAGSZAHLUNG

jährlich halbjährlich

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.

ANGABEN ZUM KONTOINHABER

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

IBAN

BIC/Kreditinstitut

Datum

Unterschrift Kontoinhaber