Spvgg. Wildenburg 1970 e.V. - Herrsteinerstr. 17, 55758 Kempfeld 0151/58958949

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____Abteilung: _____

Telefon (Festnetz/Mobil): _____

E-Mail (freiwillige Angabe): _____

die Mitgliedschaft bei der Spvgg. Wildenburg.

Jahresbeitrag ab 01.01.2020:

	Kinder bis 17 Jahre	48 €
	Jugendliche von 18 bis 20 Jahre	62,40€
	Passive Mitglieder ab 21 Jahre	48€
	Aktive Mitglieder ab 21 Jahre	72€
	Aktiv „plus“ Mitglieder ab 18 Jahren (zusätzliche Kursgebühren fallen an)	54€
	Familienbeitrag	93,60€
	Senioren ab 65 Jahren	48€
	Familienbeitrag Senioren ab 65 Jahren	62,40€

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Ordnung des Vereins in der jeweils gültigen Fassung an. Die umseitig abgedruckte Informationspflichten gem. Artikel 12 bis 14 DSGVO wurden mir ausgehändigt und habe ich zur Kenntnis genommen.
Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Kontaktdaten zu Vereinszwecken durch den Verein genutzt werden dürfen.
Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung der vorgenannten Angaben freiwillig erfolgt und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.
Durch den Beitritt in den Verein willigen Mitglieder auch darin ein, dass Fotos, Video-Aufnahmen etc. von ihrer Person, die im Zusammenhang mit Maßnahmen und Veranstaltungen des Vereins entstehen, zu satzungsgemäßen Zwecken des Vereins verwendet und verbreitet werden, ohne dass den Mitgliedern dadurch Ansprüche entstehen.

Unterschrift des/der Antragsteller/-in: _____

ges. Vertreter bei Minderjährigen: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: Beitragseinzug Mitgliedsnr. _____

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger der Spvgg. Wildenburg 1970 e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Spvgg. Wildenburg 1970 e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Der Beitragseinzug erfolgt jährlich im Monat April

Name, Vorname: _____
(Kontoinhaber)
Straße: _____

PLZ, Ort: _____

IBAN:

BIC:

Ort: _____, **Datum:** _____

Unterschrift Kontoinhaber: _____