



## Beitrittserklärung

Name:	Vorname:
Geb. Dat.:	Beruf:
Strasse:	Ort:
Tel.Nr.	Händy-Nr.
E-Mail:	Mitglieds/Mandats-Nr.

Hinweis: Bei Familienmitgliedschaften für jede Person ein separates Formular ausfüllen. Bitte die Anmelde Daten pro Person vollständig ausfüllen.

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur SG Volkratshofen e.V. zur Abteilung:

- Fußball                       Tischtennis                       Turnen                       Volleyball  
 Rad                                       Ski                                       Passives Mitglied

**Die Beitragshöhe ist wie folgt:**

- Familienbeitrag                                      100,-- Euro im Jahr  
 Erwachsenenbeitrag                                      50,-- Euro im Jahr  
 Kinder- u. Jugendbeitrag                                      20,-- Euro im Jahr

Bei Neuaufnahmen nach dem 30.06. ist ein halber Jahresbeitrag zu zahlen.

Ich stimme der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner/unserer personenbezogenen Daten zu, soweit es für Vereins-/Verbandszwecke erforderlich ist. Die fälligen Beiträge und Aufnahmegebühren bitte ich mittels untenstehender Ermächtigung mittels Lastschrift einzuziehen. Die Satzungen und Ordnungen des Vereins erkenne ich an. Ich willige ein, dass die SG Volkratshofen e.V. Bilder von sportbezogenen oder gesellschaftlichen Veranstaltungen auf der Internetseite des Vereines oder sonstigen Vereinspublikationen veröffentlicht und an die Presse zum Zwecke der Veröffentlichung ohne spezielle Einwilligung weitergibt. Eine Kündigung kann nur schriftlich zum Ende des laufenden Geschäftsjahres mit einer Frist von einem Monat erfolgen.

Ort, Datum	Unterschrift des Mitglieds bzw. der Eltern bei Minderjährigen

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige die SG Volkratshofen e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SG Volkratshofen e.V. auf meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Auf eine Vorabankündigung vor dem ersten SEPA-Lastschrifteinzug wird im gegenseitigen Einvernehmen verzichtet. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Unsere Gläubiger-Id-Nr. DE10ZZZ00000445310. Ihre Mandats-Nr. wird mit dem ersten Einzug mitgeteilt.

IBAN-Nr. D E _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _	
BIC-Nr. _ _ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _	bei der Bank:
Kontoinhaber:	

Mit meinem satzungsgemäßen Austritt erlischt diese Ermächtigung.

Ort, Datum	Unterschrift Kontoinhaber

**Bearbeitungsvermerke:**

Übungsleiter:	Kassierer:	Vorstand:
---------------	------------	-----------

