

Beitrittserklärung

Der/ Die Unterzeichner/-in beantragt hiermit seine/ ihre Aufnahme in den SV Bavaria Waischenfeld e. V. und erkennt durch die Unterschrift dessen Satzung an. Ich stimme der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zu, soweit es für Vereins-/Verbandszwecke erforderlich ist.



Sparte: _____

Kontaktdaten:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ / Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

E-Mail-Adresse: _____ Mobil: _____

Unterschrift des Beitretenden bzw. gesetzlichen Vertreters: _____

Jahresbeitrag:	<input type="radio"/>	Erwachsene (ab 18 J.)	60,00 €
	<input type="radio"/>	Erwachsene über 50 J.	55,00 €
	<input type="radio"/>	Familien	115,00 €
	<input type="radio"/>	Jugendliche (bis 18 J.)	30,00 €
	<input type="radio"/>	Schüler bis 14 Jahre	25,00 €

Der Austritt aus dem Verein kann ausschließlich schriftlich und jeweils zum Ende eines Kalenderjahres erklärt werden. Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung sowie die Weiterleitung meiner personenbezogenen Daten an den BLSV und dessen Dachorganisation ein. Änderungen meiner Kontakt- oder Bankverbindungsdaten teile ich der Mitgliederverwaltung unverzüglich mit. Info: Die **Familienmitgliedschaft** umfasst zwei Erwachsene sowie Kinder bis einschließlich 17 Jahren. Für jedes Familienmitglied ist eine gesonderte Beitrittserklärung einzureichen.

Ausgefüllte und unterschriebene Beitrittserklärung bitte der Mitgliederverwaltung zukommen lassen:
verwaltung@sv-bavaria-waischenfeld.de

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Lastschriften

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE22ZZZ00000075330**

Mandatsreferenz: **Wird separat mitgeteilt**

Ich ermächtige den SV Bavaria Waischenfeld e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SV Bavaria Waischenfeld e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name und Vorname (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer (Kontoinhaber)

Postleitzahl / Ort (Kontoinhaber)

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Ort und Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von _____
Vorname und Name d. beitretenden Mitglieds