Aufnahmeantrag

Ich / Wir bitte / n um Aufnahme in den SV Hammer v. 1945 e.V.

Ab Datum: _____

Familienname **Vorname** **Geburtsdatum** **Sportart**
(Bitte Druckbuchstaben verwenden)

_____

_____

_____

_____

_____

Postanschrift:

_____
PLZ **Ort** **Straße**

_____ _____
Telefon **E-Mail Adresse**

_____
Datum und Unterschrift

Der Aufnahmeantrag gilt nur in Verbindung mit einer Einzugsermächtigung für die Beitragszahlung!! **(ACHTUNG!! Bitte die Regeln für Sonderbeiträge und Zusatzbeiträge beachten)**

Kündigungen sind bitte nur schriftlich an die Geschäftsstelle zu richten.
Kündigungsfrist: **6 Wochen zum Quartalsende**

Ich / Wir bitten um Abruf des Beitrags in folgender Weise: 1/4 jährlich ☐
(Bitte ankreuzen) 1/2 jährlich ☐

Beantragte Beitragsart: _____ 1/1 jährlich ☐

ACHTUNG!! Bitte unbedingt auf der Rückseite ausfüllen:
Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht.

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

SV Hammer von 1945 e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer:

Damaschkeweg 1

Postleitzahl und Ort:

24113 Kiel

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE83 2105 0170 1003 5325 36

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Vereinsbeitrag

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart:

☒ **Wiederkehrende Zahlung** ☐ **Einmalige Zahlung**

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

Ort: **Datum (TT/MM/JJJJ):**

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

manuell
114 903.001 KI (Fassung Aug. 2010) - (V1)
Deutscher Sparkassenverlag
Urheberrechtlich geschützt