

Antrag auf Mitgliedschaft

Shatterhands Radebeul e. V.



PERSONENDATEN

Name:
Vorname: Geburtsdatum:
Straße/Nr.: Geburtsort:
PLZ/Ort: Eintrittsdatum:
Telefon: E-Mail:

Ich besitze Spielpässe, Referee- oder Übungsleitungslizenzen für:

.....

Mitgliedschaft in der Abteilung: Männer • Frauen • Hobby (Mixed)

(zutreffendes bitte ankreuzen)

MITGLIEDSBEITRAG

SEPA-Lastschriftenmandat:

Ich ermächtige den Shatterhands Radebeul e. V. Zahlungen des Mitgliedsbeitrages von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Shatterhands Radebeul e. V. gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: Kontoinhaber:

Unsere Gläubiger-ID: DE4000500001364718

Ort/Datum/Unterschrift Kontoinhaber

Mit der Aufnahme in den Shatterhands Radebeul e. V. erhalte ich Kenntnis und erkenne ausdrücklich die Satzung sowie die Beitragsordnung des Vereins mit den jeweiligen gültigen Beitragssätzen an.

Mit dieser Erklärung trete ich dem Shatterhands Radebeul e. V. bei, die Aufnahme wird erst mit der Bestätigung des Geschäftsführenden Vorstandes wirksam. Durch den Beitritt entstehen gegenüber dem Shatterhands Radebeul e. V. keinerlei finanzielle, materielle sowie sonstige Forderungsansprüche. Die Fördermitgliedschaft kann zum Ende des laufenden Monats gekündigt werden. Eine Rückerstattung von bereits gezahlten Beträgen ist nicht möglich. Der Geschäftsführende Vorstand des Shatterhands Radebeul e. V. behält sich das Recht vor, Fördermitglieder in begründeten Ausnahmefällen auszuschließen. Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (Art. 6 Abs.1 S.1 lit. b DSGVO) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten.

Ort/Datum/Unterschrift

Bearbeitung des Antrages durch den Geschäftsführenden Vorstand:

A itgliedsnr.:....."....."..... Ort/Datum: Bearbeiter/in:.....