

# SG Walchum-Hasselbrock e.V.

Fußball • Tischtennis • Gymnastik • Tennis • Aerobic



## Aufnahmeerklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur SG Walchum-Hasselbrock e.V. ab: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße/Hs-Nr.: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Abteilung: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

XX

Beim Familienbeitrag bitte die Familienmitglieder namentlich angeben

\_\_\_\_\_  
(Name/Vorname) Geb. am \_\_\_\_\_ Abteilung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Name/Vorname) Geb. am \_\_\_\_\_ Abteilung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Name/Vorname) Geb. am \_\_\_\_\_ Abteilung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Name/Vorname) Geb. am \_\_\_\_\_ Abteilung: \_\_\_\_\_

<b>Beiträge z.Zt.</b>	für Kinder und Jugendl. bis 18 Jahre	halbjährlich 12,50 €	<input type="checkbox"/>
	für Erwachsene	halbjährlich 20,00 €	<input type="checkbox"/>
	für Familien	halbjährlich 30,00 €	<input type="checkbox"/>
<b>Beiträge für Tennisabteilung zusätzlich halbjährlich:</b>			
Familie 25,00 € <input type="checkbox"/> Erwachsene halbjährlich 13,00 € <input type="checkbox"/> Jugendliche 7,00 € <input type="checkbox"/>			
<b>Zahlungstermine:</b> 1.April und 1.Oktober jeden Jahres ( <b>Zutreffendes bitte ankreuzen</b> )			

Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung meiner/unserer personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetz, bin/sind ich/wir einverstanden. Ich/wir habe/n jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir/uns zu erhalten.

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

XX

**Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats**  
 Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE29ZZZ00001284600**  
 Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_  
 Ich/Wir ermächtigen die SG Walchum-Hasselbrock e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir unser Kreditinstitut an, die von der SG Walchum-Hasselbrock e.V. 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

Vorname und Nachname (Kontoinhaber): \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_ IBAN: \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Zahlungspflichtiger / Kontoinhaber \_\_\_\_\_