

Spielvereinigung Bad Berka e.V.

- Aufnahmeantrag Mitgliedschaft und SEPA-Lastschriftmandat-



Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Spielvereinigung Bad Berka e.V. Die Vereinsatzung in der aktuellen Fassung sowie die Ordnungen des Vereins (siehe: www.sv-badberka.de) erkenne ich hiermit an. Weiterhin nehme ich die Datenschutzinformationen gemäß DSGVO vom 19.11.2018 zur Kenntnis (siehe: www.sv-badberka.de).

Für die Mitgliederverwaltung werden folgende **Daten** erhoben und für diesen Zweck verarbeitet:

Name:*	<input type="text"/>	Vorname:*	<input type="text"/>
Anschrift:*	<input type="text"/>		
PLZ* / Ort:*	<input type="text"/>		
Geschlecht:*	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Geburtsdatum: *	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	Geburtsort: *	<input type="text"/>
Mobiltelefon:	<input type="text"/>		
E-Mail:*	<input type="text"/>		
Abteilung:*	<input type="checkbox"/> Aerobic <input type="checkbox"/> Gymnastik <input type="checkbox"/> Handball <input type="checkbox"/> Kegeln <input type="checkbox"/> Leichtathletik <input type="checkbox"/> Volleyball		
Eintrittsdatum:*	<input type="text"/>	Ist bereits ein Familienangehöriger (1. Grades) Mitglied in der SV Bad Berka? Wenn Ja, bitte Namen angeben!	<input type="text"/>
Bemerkung:	<input type="text"/>		
Datum*:	<input type="text"/>	Unterschrift Mitglied */ Unterschrift gesetzlicher Vertreter*	<input type="text"/>

* Pflichtfelder, notwendig zur Mitgliederanfrage sowie Verteilung von Informationen

SEPA – Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-ID: DE80ZZZ00002169001

Mandatsreferenz:

wird separat mitgeteilt

Hiermit ermächtige ich die Spielvereinigung Bad Berka e.V., die laut Beitragsordnung (siehe www.sv-badberka.de) fälligen Gebühren, Umlagen und Mitgliedsbeiträge, von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Spielvereinigung Bad Berka 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.

Kontoinhaber*:	<input type="text"/>		
Anschrift/PLZ/ Ort*:	<input type="text"/>		
IBAN*:	<input type="text"/>	BIC*:	<input type="text"/>
Kreditinstitut*:	<input type="text"/>		
Ort, Datum*:	<input type="text"/>	Unterschrift Kontoinhaber*:	<input type="text"/>

* Pflichtfelder, notwendig bei Beitragszahlung mit Lastschrift

Stand 08/2023