



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 und ggf. Ortsteil:*	<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"/> Gymnastik <input type="checkbox"/> Handball <input type="checkbox"/> Kegeln <input type="checkbox"/> Leichtathletik <input type="checkbox"/> Volleyball		
Angaben zum ermäßigten Beitrag:	<input type="checkbox"/> Familienmitgliedschaft <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Azubi/Student <input type="checkbox"/> Arbeitslosigkeit <input type="checkbox"/> Sonstiges <i>Bitte Nachweis gesondert mit dem Antrag abgeben oder an info@sv-badberka.de senden!</i>		
Wenn Familienmitgliedschaft, bitte hier Name des zugehörigen Mitglieds 1. Grades angeben!	<input type="text"/>	Eintritt zum:	<input type="text"/>
Bemerkung:	<input type="text"/>		
Datum*:	<input type="text"/>	Unterschrift Mitglied */ Unterschrift gesetzlicher Vertreter*	<hr/>

* Pflichtfelder, notwendig zur Mitgliederanlage 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*:	<hr/>

* Pflichtfelder, notwendig bei Beitragszahlung mit Lastschrift

Stand 04/2025