

Aufnahmeantrag

SG Eintracht Ebendorf
www.eintracht-ebendorf.de



Name:* _____ Geb.* _____
Vorname:* _____ in* _____
Strasse* _____
PLZ:* _____ Ort:* _____ OT _____
Tel.:* _____
E-Mail:* _____

Mit meiner Mitgliedschaft erkenne ich die Satzung und Datenschutzbestimmungen an.

*Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Daten des Antrages, unter Beachtung der DSGVO für vereinsinterne Zwecke in einer Mitglieder- und Beitragsdatei verarbeitet werden. Im Rahmen des vorgeschriebenen Mitgliedermeldeverfahrens werden personenbezogene Daten auch an den Landessportbund übermittelt. Die Grundsätze der Datenverarbeitung des Vereins www.eintracht-ebendorf.de/datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

*Ich bin damit einverstanden, dass Bild- und Tonaufnahmen, Textbeiträge über mich/meine Kinder im Internet und Printmedien veröffentlicht werden. Diese verfolgen ausschließlich den Zweck der Öffentlichkeitsarbeit. Wir weisen darauf hin, dass die Veröffentlichungen im Internet, bei einem Widerspruch der Einwilligung, nicht vollständig gelöscht werden können.

wie übe ich meine Sportart aus? * Freizeitsport Wettkampfbetrieb

Jahresbeitrag

- | | | |
|-----------------------------------|----------|---|
| <input type="checkbox"/> Kind 1* | 80,00 € | 0-17 Jahre (bis zum Vollendet 17. Lebensjahr) |
| <input type="checkbox"/> Kind 2* | 50,00 € | 0-17 Jahre (bis zum Vollendet 17. Lebensjahr) |
| <input type="checkbox"/> Student* | 125,00 € | Nachweis (ohne Einkommen) |
| <input type="checkbox"/> Normal* | 150,00 € | 18-65 Jahre |
| <input type="checkbox"/> Rentner* | 125,00 € | 65+ Jahre |
| <input type="checkbox"/> Passiv* | 100,00 € | |

* Bitte zutreffendes ankreuzen und ggf. Nachweis beifügen

Vertragsbeginn:* _____

Abteilung:* _____

Änderungen zu Ihrer Person sind dem Vorstand unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
Eine Vertragskündigung bedarf ebenfalls grundsätzlich der Schriftform.

SEPA Lastschriftmandat *Pflichtfeld*

Hiermit gestatte ich der SG Eintracht Ebendorf e.V. widerruflich den Mitgliedsbeitrag von folgendem Konto abzubuchen.

* bitte ankreuzen

Zahlweise	Zahlungsfristen
<input type="checkbox"/> jährlich*	01. Feb.
<input type="checkbox"/> halbjährlich*	1. Feb, 1. Aug.

Kontoinhaber:

Vorname: _____

Nachname: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Name der Bank: _____

Datum _____ Ort _____

Unterschrift (bei minderjährigen Erziehungsberechtigter) _____

* Pflichtangaben