

Ski-Club Zell i.W. e.V.



Beitrittserklärung ab _____ (Jahr)

Name:	Vorname:	Geb.Dat.:
Straße, PLZ, Ort:		
Beruf:	Tel.:	E-Mail:

Mitglied ist: männlich / weiblich (Bitte ankreuzen)

Hinweis: Bitte für jede Person, die angemeldet wird, ein eigenes Formular benutzen. Dies ist aus organisatorischen Gründen erforderlich.

Jugendliche erwerben mit Vollendung des 18. Lebensjahres automatisch die Vollmitgliedschaft.

0	Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre	15,00 €
0	Erwachsene ab 18 Jahre	20,00 €
0	Ehepaare	30,00 €
0	Familien	45,00 €
0	Ehrenmitglieder ab 50 Jahre Mitgliedschaft	10,00 €

*Zutreffendes bitte ankreuzen

Ich erkenne die Satzung und Geschäftsordnung des Ski-Club Zell i.W. e.V. an. Eine Kündigung ist nur schriftlich zum Ende des Kalenderjahres zulässig. Meine persönlichen Daten dürfen im Rahmen der Mitgliederverwaltung vereinsintern gespeichert und verwendet werden. Die Mitglieder sind durch die Beitragszahlung im Rahmen der Sportversicherung des Badischen Sportbundes versichert.

Mit der Verarbeitung (Speicherung, Übermittlung, Verarbeitung und der Löschung) meines personenbezogenen **Daten-/Bildmaterials** für Vereinszwecke nach den rechtlichen Datenschutzbestimmungen bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

Erteilung eines SEPA -Lastschriftmandates

Die Vereinsbeiträge werden einmal jährlich zum 1.Juli jeden Jahres eingezogen.
Fällt dieser nicht auf einen Bankarbeitstag, erfolgt der Einzug am unmittelbar darauf folgenden Bankarbeitstag.
Wir bitten Sie für entsprechende Kontodeckung zu sorgen.

Zahlungsempfänger: Ski-Club Zell i.W. e.V.
Gläubiger-Identifikationsnummer : DE40ZZZ00000244853
Mandatsreferenznummer: = Mitgliedsnummer im Ski-Club Zell i.W. e.V.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Ski-Club Zell.i.W. e.V., Zahlungen von meinem u.a. Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Ski-Club Zell i.W. e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei, die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Rückgabe der Lastschrift wird nicht als Kündigung anerkannt!

Name,Vorname des Kontoinhabers : _____

IBAN : DE _____ BIC: _____

Ort,Datum

Unterschrift (Kontoinhaber)