



# SG WACHSENBURG e.V. HAARHAUSEN



## Beitrittserklärung SG Wachsenburg Haarhausen e.V.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Verein **SG Wachsenburg Haarhausen e.V.** und erkenne die derzeit gültige Vereinssatzung ausdrücklich an.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Abteilung: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Mitgliedsbeitrag

Monatliche Beitragssätze:

- beschränkt Geschäftsfähige und Geschäftsunfähige: **2,50 € monatlich** (= Jahresbeitrag von 30,00 €)
- Erwachsene: **5,00 € monatlich** (= Jahresbeitrag von 60,00 €).

Der Beitragssatz für beschränkt Geschäftsfähige gilt bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem dieser sein 18. Lebensjahr vollendet.

Bei Antrag auf Erteilung einer Spielererlaubnis ist eine einmalige Gebühr in Höhe von 5,00 € zu zahlen. Die Gebühr ist sofort an den Verein zu entrichten.

### **-Minderjährige Mitglieder-**

Ich/Wir als der/die gesetzliche/n Vertreter genehmige/n hiermit den Beitritt für mein/unser Kind und übernehmen bis zum Eintritt der Volljährigkeit die persönliche Haftung für die Beitragspflichten meines/unseres Kindes gegenüber dem Verein.

Name und Anschrift

des gesetzlichen Vertreters:

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



# SG WACHSENBURG e.V. HAARHAUSEN



## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Die Entrichtung des Mitgliedsbeitrages erfolgt durch Bankeinzug regelmäßig am 31.07. eines jeden Jahres. Etwaige Gebühren durch Rücklastschriften werden dem Mitglied in Rechnung gestellt.

Zahlungsempfänger: \_\_\_\_\_

Gläubiger-Identifikationsnummer: \_\_\_\_\_

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den SG Wachsenburg Haarhausen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SG Wachsenburg Haarhausen 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.

Name Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Ort, Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

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

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

Datum, Ort, Unterschrift \_\_\_\_\_

## **Datenschutz**

Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

Bei Minderjährigen:

Unterschrift der Erziehungsberechtigten : 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_