Aufnahmeantrag Schwimmverein 08 Saarbrücken e.V.

Name					
Vorname					
	männlic	h O		weiblich	0
Geburtsdatum					
Straße / Hausnr.					
PLZ / Ort					
Telefon					
E-Mail					
Ich verpflichte mich, die Interessen des SV08 Saarbrücken e.V. zu vertreten, seine Satzung und Ordnungen zu beachten und meine Mitgliedspflichten zu erfüllen. Die Mitgliedsbeiträge können gemäß der beigefügten Einzugsermächtigung abgebucht werden.					
Beiträge Ei	nzelbeitrag / vier	teljährlich	24,-€		
Ei	nzelbeitrag / hall	ojährlich	48,-€		
Ei	nzelbeitrag / jähı	lich	96,-€		
Fa	amilienbeitrag (al	3 Pers.) / vierteljäh	rlich 51,-€		
Fa	amilienbeitrag (al	3 Pers.) / halbjährl	ch 102,-€		
Fa	amilienbeitrag (al	3 Pers.) / jährlich	204,-€		
A	ufnahmegebühr (einmalig bei Eintritt	8,-€		
Ort				Datum	
Unterschrift des Ar	itragstellers (b	ei Minderjährigen	Unterschrift des,	der gesetzlich	en Vertreter)
w	Damit wir die Mitgliedschaft in unserem Verein entsprechend verwalten können, verarbeiten wir ihre persönlichen Daten. Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Geschlecht benötigen wir zur Identifizierung der				

Person.

Kontodaten benötigen wir zum Einzug des Mitgliedsbeitrages. Sie müssen zum Einlösen der jeweiligen Lastschriften an unser Kreditinstitut übermittelt werden.

Alle Daten werden von uns für die Dauer der Mitgliedschaft gespeichert und nach Ablauf der steuerrechtlichen Aufbewahrungsfristen vernichtet.

(3-monatige Kündigungsfrist; bei nicht fristgerechter Kündigung keine Rückzahlung des eingezogenen Beitrages möglich))

Schwimmverein 08 Saarbrücken e.V. Zahlungsempfänger Theodor-Körner-Str.8 66125 Saarbrücken Gläubiger-Identifikationsnummer DE 10SVS00000009198 Zahlungsart wiederkehrende Zahlung SEPA - Lastschrift - Mandat Mandatsreferenz - Mitgliedsnummer (wird vom Verein eingetragen) Ich ermächtige / wir ermächtigen den Schwimmverein 08 Saarbrücken e.V. Zahlungen mittels Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Schwimmverein 08 Saarbrücken e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann / wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten hierbei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Name / Vorname des Zahlungspflichtigen Anschrift des Zahlungspflichtigen Straße / Hausnummer Postleitzahl / Ort Land Kreditinstitut des Zahlungspflichtigen IBAN des Zahlungspflichtigen BIC / BLZ Ort Datum

Unterschrift