

Aufnahmeantrag in die Sportgemeinschaft von 1870 Diepholz e.V.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Sportgemeinschaft Diepholz e.V.

Beitrag Sportgemeinschaft

Name		Vorname	
Straße		PLZ, Ort	
Telefon		Mail	
Geburtstag		Beruf	
Eintritt ab:		Abteilung	Boxen

Die jeweils gültigen Beiträge und die Satzung der Sportgemeinschaft Diepholz erkenne ich ausdrücklich an. Mir ist bekannt, dass der Austritt aus der Sportgemeinschaft Diepholz nur durch **schriftliche** Erklärung unter Einhaltung einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Kalenderhalbjahres möglich ist.

Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke, gemäß den Bestimmungen des Datenschutzes, bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift – bei Minderjährigen d. Erziehungsberechtigte

A) Beitrag Sportgemeinschaft

Beitragsgebühr je Monat:

Sportgemeinschaft:

Kinder/Jugendl
Erwachsene
Familie

Euro 1,25
Euro 2,50
Euro 6,25

Bankkonto: 26203
Kreissparkasse Grafschaft Diepholz
IBAN: DE47256513250000026203
BIC: BRLADE21DHZ

Sonderbeitrag Boxen jährlich Euro 40,00 Kinder / Jugendliche
Sonderbeitrag Boxen jährlich Euro 60,00 Erwachsene

B) Ich ermächtige die SG Diepholz widerruflich, die zu entrichtenden Beiträge

- vierteljährlich (Fälligkeit: 15.02. / 15.05. / 15.08. / 15.11.)
- halbjährlich (Fälligkeit: 15.02. / 15.08.)
- jährlich (Fälligkeit: 15.02)

bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos (Bankdaten auf Rückseite) einzuziehen.

Fällt der Einzugstermin nicht auf einen Bankarbeitstag, erfolgt der Einzug am unmittelbaren darauf folgenden Bankarbeitstag.

Bitte wenden

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Sportgemeinschaft Diepholz, Moorstr. 39, 49356 Diepholz, Tel.: 05441-4828

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE54SGD00000289221**

Mandatsreferenz: (wird durch die SG Diepholz nach der Anmeldung vergeben)

Zahlungspflichtiger

Ich ermächtige / Wir ermächtigen der SG Diepholz von 1870 e.V. Zahlungen von meinem / unserer Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der SG Diepholz von 1870 e.V., auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name, Vorname		Telefon-Nummer
Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)		Fax-Nummer
Name und Sitz des Kreditinstitutes	Bankleitzahl	Konto-Nummer
IBAN (Internationale Kontonummer)	BIC (Internationale Bankidentifikation)	
Name und Vorname des Kontoinhabers		
Abweichender Kontoinhaber (nur ausfüllen, wenn Kontoinhaber und Zahlungspflichtiger nicht identisch sind)*		
Zahlungsart: Wiederkehrend für das auf der Vorderseite angegebene Einzugsverfahren mit dem dafür vorgesehenen Fälligkeitsdatum.		
Ort	Datum	

Unterschrift des Zahlungspflichtigen

*Unterschrift des Kontoinhabers, wenn nicht mit Zahlungspflichtigen identisch