



SPORTFREUNDE D-H-O

DERKUM - HAUSWEILER - OTTENHEIM

Verein für Fußball / Zumba / Ju-Jitsu

AUFNAHMEANTRAG

Bitte leserlich und in Druckbuchstaben schreiben

1. ADRESSE

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____ Haus-Nr.: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Geburtsdatum: / / _____

2. KOMMUNIKATIONSDATEN Bitte mindestens die Emailadresse angeben

Telefon: _____ Mobil: _____

Email: _____

3. ZAHLUNGSDATEN

Zahlungsart: Lastschrift Zahlweise: jährlich halbjährlich

Sportart: Fußball Beitrag z.Z. monatlich 6 € Zumba Beitrag z.Z. monatlich 15 €

Um die Aufwände bei der Vereinsarbeit zu reduzieren, bitten wir um Verständnis, dass die Zahlung der Beiträge nur unbar erfolgen kann.

Bitte das SEPA-Basislastschriftmandat auf Seite 2 ausfüllen!

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Satzung des Vereines und die seiner übergeordneten Verbände einverstanden. Mir ist bekannt, dass eine Kündigung der Mitgliedschaft nur schriftlich gegenüber dem Schatzmeister erklärt werden kann. Ein Austritt ist jeweils zum 30.6. oder 31.12. eines Jahres möglich. Der Restbeitrag wird nicht erstattet. Der Spielerpass kann nur per Einschreiben angefordert werden.

Einwilligungserklärung gemäß Datenschutz

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass zur Erfüllung der Zwecke und Aufgaben des Vereins unter Beachtung der Vorgaben der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) personenbezogene Daten über persönliche und sachliche Verhältnisse meiner Mitgliedschaft im Verein verarbeitet werden.

Soweit die in den jeweiligen Vorschriften beschriebenen Voraussetzungen vorliegen, hat jedes Vereinsmitglied insbesondere die folgenden Rechte: das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DS-GVO / das Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DS-GVO / das Recht auf Löschung nach Artikel 17 DS-GVO / das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DS-GVO / das Recht auf Datenübertragbarkeit nach Artikel 20 DS-GVO / das Widerspruchsrecht nach Artikel 21 DS-GVO.

Den Organen des Vereins, allen Mitarbeitern oder sonst für den Verein Tätigen ist es untersagt, personenbezogene Daten unbefugt zu anderen als dem jeweiligen Aufgabenerfüllung gehörenden Zweck zu verarbeiten, bekannt zu geben, Dritten zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen. Diese Pflicht besteht auch über das Ausscheiden der oben genannten Person aus dem Verein hinaus.

Ort und Datum: _____

Unterschrift: _____

Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Angenommen von:

Name/Datum

In MV eingetragen von:

Name/Datum

Bankverbindung: KSK EUSKIRCHEN BIC: WELADED1EUS IBAN: DE 09 3825 0110 0002 2002 02 SteuerIdentNr: 209 5729 0345

1. Vorsitzender

Hans-Werner Schütz
0171 270 71 99
1.vorsitzender@d-h-o.de

Schatzmeisterin

(Kündigungsadresse)
Lena Schütz
Fuchsweg 2
53919 Weilerswist
schatzmeister@d-h-o.de

Geschäftsführer

Maik Claus
Blankenheimer Strasse 22a
53919 Weilerswist
0152 29056441
geschaeftsfuehrer@d-h-o.de

www.d-h-o.de

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Sportfreunde-Derkum-Hausweiler-Ottenheim e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Blankenheimer Strasse 22a

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

53919 Weilerswist

Land / Country:

D

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):**

2 2 0 1 8 7 9 (KSK Euskirchen)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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 / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment: Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address***

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**
Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.
Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.**Ort / Location:****Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**