



Beitrittserklärung

„Fußballclub Viktoria 09 Hennweiler e.V.“

Hiermit erkläre ich ab _____ meinen Beitritt als Mitglied im „Fußballclub Viktoria 09 Hennweiler e.V.“ in Hennweiler.

Abteilung von Interesse	
Fußball <input type="checkbox"/>	Radsport <input type="checkbox"/>
Tischtennis <input type="checkbox"/>	Indiaka <input type="checkbox"/>

Name: _____ Vorname: _____
 Geb.- Datum: _____ Straße: _____
 PLZ: _____ Ort: _____
 Telefon: _____ E-Mail: _____

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.

 Ort, Datum Unterschrift des Mitglieds (der/des gesetzl. Vertreter/s)

Weitere Personen für Familien Beitrag:

Name	Vorname	Geb. Datum	Abteilung von Interesse			
			Fußball <input type="checkbox"/>	Radsport <input type="checkbox"/>	Tischtennis <input type="checkbox"/>	Indiaka <input type="checkbox"/>
			Fußball <input type="checkbox"/>	Radsport <input type="checkbox"/>	Tischtennis <input type="checkbox"/>	Indiaka <input type="checkbox"/>
			Fußball <input type="checkbox"/>	Radsport <input type="checkbox"/>	Tischtennis <input type="checkbox"/>	Indiaka <input type="checkbox"/>
			Fußball <input type="checkbox"/>	Radsport <input type="checkbox"/>	Tischtennis <input type="checkbox"/>	Indiaka <input type="checkbox"/>

Einwilligung zur Datenspeicherung

Mit meiner Unterschrift willige ich der Erhebung, der Verarbeitung und der Weiterleitung meiner persönlichen Daten zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und der Erreichung der Ziele des Vereins ein. Eine Weitergabe meiner Daten an Personen außerhalb des Vereins und einer Veröffentlichung meiner Mitgliedschaft in Medien bedarf meiner ausdrücklichen Zustimmung.

 Ort, Datum Unterschrift



Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige den Verein „Fußballclub Viktoria 09 Hennweiler e.V.“ Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird als Halbjahresbeitrag fällig.

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.

Kreditinstitut: _____ BIC: _____

IBAN: _____

Kontoinhaber: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Beitragsgruppe	Altersstufe	Beitrag/Monat
01	Bis 14 Jahre	3,50€
02	Ab 15 Jahre	4,00€
03	Ab 18 Jahre	6,00€
04	Begünstigte	4,00€
05	Familienbeitrag	9,50€