

Aufnahmeantrag zur Mitgliedschaft im Swingolfclub Alling e.V.

Unter Anerkennung der derzeit gültigen Vereinssatzung beantrage ich für mich / mein Kind (nicht zutreffendes bitte streichen) die Mitgliedschaft beim SGC Alling e.V.:

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Straße:	
PLZ:		Ort:	
Telefon:		E-Mail:	

Höhe des *jährlichen* Mitgliedsbeitrages

(bitte die auf Sie / Ihr Kind zutreffende Beitragsart ankreuzen):

Erwachsene ab 18 Jahren *	25,00 €	<input type="checkbox"/>	Erwachsene ab 18 Jahren * mit Dachverbandslizenz	55,00 €	<input type="checkbox"/>
Jugendliche bis einschl. 17 Jahre	12,50 €	<input type="checkbox"/>	Jugendliche bis einschl. 17 Jahre mit Dachverbandslizenz	22,50 €	<input type="checkbox"/>
Passive Mitglieder	10,00 €	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

* Im Kalenderjahr des 18. Lebensjahres wird noch der Beitrag für Jugendliche berechnet.

Der Beitrag wird im Lastschriftverfahren von Ihrem Konto abgebucht. Es erfolgt keine Rechnungsstellung.

Erklärung zum Datenschutz/Datenverarbeitung

Ich bin damit einverstanden, dass Bilder, Name, Vorname und Geburtsjahr meiner Person / meines Kindes (nicht zutreffendes bitte streichen) auf der Internetseite des SGC Alling e.V. und in anderen öffentlichen Medien (Presse/Internet) ausschließlich zum Thema Swingolf veröffentlicht werden darf.

JA

NEIN

Gleichzeitig gebe ich meine Einwilligung zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten gemäß §3 Abs. 2 Bundesdatenschutzgesetz.

Beendigung der Mitgliedschaft

Ein Vereinsaustritt kann nur zum Ende eines Kalenderjahres (31.12.) unter Einhaltung einer Frist von **einem Monat** erfolgen und muss dem Vorstand fristgerecht **schriftlich** zugehen. Bereits gezahlte Beiträge werden nicht erstattet.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds oder bei
Minderjährigen des gesetzl. Vertreters

Anlage zum Mitgliedsantrag von: _____
Name, Vorname

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Zahlungsempfänger:	Swingolfclub Alling e.V., Pfarrer-Ferstl-Str. 58, 82275 Emmering	
	Gläubiger-ID-Nr. DE52ZZZ00001477992	Mandatsreferenz-Nr. *

* Die Mandatsreferenz-Nr. wird dem Kontoinhaber mit einer separaten Ankündigung über den erstmaligen Einzug des Lastschriftbetrages mitgeteilt.

Kontoinhaber:	Name*:	Vorname*:
	PLZ/Ort*:	Straße*:
	Konto-Nr.:	BLZ:
	IBAN:	BIC:
	Name des Kreditinstitutes:	

* sofern abweichend vom Antragsteller

Ich/Wir ermächtige/n den Swingolfclub Alling e.V. Zahlungen vom oben genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Swingolfclub Alling 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/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlung.

Ort, Datum

Unterschrift des / der Kontoinhaber