



Aufnahmeantrag SC West Köln Jugend

Mitglieds-Nr.

--	--	--	--	--

Geschäftsstelle Jugend

Tel 0171-2658689

E-Mail:

n.schaefer@sc-west-koeln.de

Internet:

www.sc-west-koeln.de

Ich beantrage hiermit die Aufnahme als Mitglied beim SC West Köln e.V.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

E-Mail

Telefonnummer

Nationalität _____ Gesetzlicher Vertreter: _____

Anmeldung: 2. Kind (15€) 3. Kind (12€) (bei Anmeldung von Geschwisterkindern bitte ankreuzen)

Solidaritätsbeitrag eines Elternteils zur Unterstützung der Jugendabteilung (36€ im Jahr)

Beitrag 18€ im Monat, Versicherung 9€ im Jahr, Aufnahmegebühr 15€ (Satzung und Beitragsordnung können auf der Homepage www.sc-west-koeln.de eingesehen werden.

Einverständniserklärung des Mitglieds / gesetzl. Vertreters nach Bundesdatenschutzgesetz

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummern, E-Mailadresse, Kontodaten. Ebenso wird die Einwilligung in die Nutzung von Fotos und Videos zu allen Vereinszwecken und im DFBnet (onlinebasierte Software zur Vereinsverwaltung) hiermit erteilt. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann. Der Verein verpflichtet sich, im Rahmen der Erhebung, Nutzung und Verarbeitung dieser Personenbezogener Daten, die datenschutzrechtlichen Anforderungen zu gewährleisten. Satzung und Beitragsordnung sind mir bekannt und ich erkenne sie als verbindlich an.

Ort, Datum und Unterschrift (bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift(en) der/des gesetzlichen Vertreters)

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT, zum Einzug fälliger Zahlungen

Zahlungsempfänger: SC West Köln 1900/11e.V. SEPA-Gläubiger-Identifikationsnummer: DE31ZZZ00000413213

Hiermit ermächtige ich den Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SC West Köln 1900/11e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

Angaben zum Kontoinhaber:

Vorname und Name (Kontoinhaber, falls abweichend vom Antragsteller) Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers

