

SC West Köln 1900/11 e.V.

Apenrader Straße 42 - 50825 Köln

Geschäftsstelle: Mitglieds-Nr. Aufnahmeantrag SC West Köln		
Telefon: 0221-554231	Handy:	0177-4691692
Senioren:	aktiv	passiv
E-Mail:		
kontakt@sc-west-koeln.de		
Ich beantrage hiermit die Aufnahme als Mitglied beim SC West Köln e.V. Internet:		
www.sc-west-koeln.de		

Name, Vorname Geburtsdatum		

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort		

Telefon, E-Mail		
Bisheriger Verein: _____ Austritt am:		

Nationalität: _____ Spielerpass-Nr.:		

Beitrag: aktiv 18,00 € im Monat, Versicherung 9,00 € im Jahr und Aufnahmegebühr einmalig 15,00 €		
passiv 12,00 € im Monat, Versicherung 9,00 € im Jahr (siehe Beitragsordnung)		
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 dem 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 Personen bezogener Daten, die datenschutzrechtlichen Anforderungen zu gewährleisten. Satzung und Beitragsordnung sind		
mir bekannt und ich erkenne sie als verbindlich an. Die Satzung und die Datenschutzverordnung können in der Geschäftsstelle des SC		
West Köln eingesehen werden.		

Ort, Datum und Unterschrift		
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		

einziehen. 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