SC West Köln 1900/11 e.V.

Apenrader Straße 42 - 50825 Köln

Aufnahmeantrag SC West Köln

Mitglieds-Nr. | | | | | |

Senioren*innen : ☐ **aktiv** ☐ **passiv**

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

E-Mail:
kontakt@sc-west-koeln.de

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 20,00 € im Mon. , Versicherung 12,00 € im Jahr und Aufnahmegebühr einmalig 15,00 € Maßgabe ist die Beitragsordnung !!! (sc-west-koeln.de)**

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 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