SC West Köln 1900/11 e.V.

Apenrader Str. 42, 50825 Köln

PARTNERVEREIN DER FC-AKADEMIE

sc-west-koeln.de

Mitgliedsnummer

Aufnahmeantrag im Bereich Alte Herren , Walker*innen

Ich beantrage hiermit die Aufnahme als Mitglied beim SC West Köln 1900/11 e.V.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße , Hausnummer, PLZ , Ort

Maßgabe ist die Aktuelle Beitragsordnung unter sc-west-koeln.de

Email

Telefonnummer/Handynummer

Anmeldung : ☐ // ☐ Aktive AH ☐ Walking Damen ☐ Walking Herren ☐ ☐ //

Beiträge und Gebühren:

Aktive Herren	20,00€/monatlich zzgl. 15,00€ Anmeldegebühr
Walking Football Damen	8,00€/monatlich
Walking Football Herren	10,00€/monatlich

Die Versicherungsgebühr in Höhe von 12,00€/jährlich gilt für alle Mitglieder und wird im Januar eines Jahres eingezogen. Anmeldungen unter dem Jahr werden anteilig berechnet. Der Verein ist berechtigt, die Versicherungsgebühr anzupassen, sofern sich die Versicherungskosten für den Verein erhöhen.

Einverständniserklärung des Mitglieds nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich bin mit der Erhebung , Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden.
Ebenso wird die Einwilligung in die Nutzung von Fotos und Videos zu allen Vereinszwecken und im DFBnet hiermit erteilt.
Der Verein verpflichtet sich, im Rahmen der Erhebung , Nutzung uns Verarbeitung dieser personenbezogenen Daten, die Datenschutzrechtlichen Anforderungen zu gewährleisten. Satzung und Beitragsordnung sind mir bekannt und ich erkenne sie als verbindlich an.

SEPA-Lastschriftmandat zum Einzug fälliger Zahlungen

Zahlungsempfänger: SC West Köln 1900/11 e.V.– IBAN: DE90380601864901591011, VR Bank Köln Bonn eG.
Hiermit ermächtige ich dem 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 1900/11 e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

Angaben zum Kontoinhaber:

Name, Vorname Kontoinhaber (falls abweichend vom Antragsteller)

Kreditinstitut (Name,BIC)

IBAN : DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers