

Antrag auf Mitgliedschaft im Motorsportverein Dieskau

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Motorsportverein Dieskau e.V. als:

Kind: 40,00 € / Jahr
Schüler: 40,00 € / Jahr
Lehrling: 70,00 € / Jahr
Erwachsener: 70,00 € / Jahr

Name:		
Vorname:		
PLZ:	Ort: Straße: Nr.:	
Telefon-Nr.:	Funktelefon-Nr.:	
E-Mail-Adresse:		
Geburtsdatum:		
Fahrerlaubnis: ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Klasse:	
Beruf:		
<p>Ich willige ein, dass mein Name/meine Anschrift/meine Kontaktdaten im Rahmen der <i>Vereinstätigkeit/der Ehrenamtstätigkeit/der Sportarbeit</i> im Verein bis auf Widerruf gespeichert werden. Die Weitergabe meiner Daten für kommerzielle, geschäftliche oder erwerbswirtschaftliche Tätigkeiten/Aktionen ist nicht statthaft. Eine anderweitige Verwendung meiner Daten ist nur mit meiner Zustimmung statthaft. Ich habe die Satzung des Vereins gelesen und bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Höhe Mitgliedsbeiträge zur Kenntnis genommen habe und die Richtlinien des Vereins für die Dauer meiner Mitgliedschaft einhalten werde. Die Mitgliedschaft gilt zunächst für ein Jahr und verlängert sich automatisch, wenn sie nicht rechtzeitig vor Ablauf des Jahres widerrufen wurde. Die Kündigung erfolgt bis zum 31.12 des laufenden Jahres.</p>		
Datum:	Unterschrift:	Unterschrift Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen
Entscheidung des Vorstandes:		
Antrag zugestimmt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Datum: Unterschrift:		
Im Falle der Ablehnung des Antrages muss der Vorstand keine Begründung angeben.		

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE05MSV00000721559

SEPA – Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige/n den MSV Dieskau e. V. bis auf Widerruf, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem MSV Dieskau e. V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen und lege dieses SEPA-Lastschriftmandat meinem Kreditinstitut vor.

Dieses Mandat gilt: ab sofort ab _____

Kontoinhaber: _____

Straße
und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: DE ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Hinweis: Ich/Wir kann/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.

Sollte das Konto des Zahlungspflichtigen keine Deckung aufweisen, wird eine Bearbeitungsgebühr von 25,00 Euro erhoben.

(Datum)

(Unterschrift/en)