



# Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im SV Iggelbach 1965 e.V.

Name	Vorname	Geburtsdatum

## Daten des Antragstellers

Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefon/Mobil	
E-Mail-Adresse	
Beginn der Mitgliedschaft	

## Jahresbeiträge

Familienbeitrag	96,00 €	
1. Einzelmitglied	72,00 €	
Rentnerbeitrag	30,00 €	
Jugendbeitrag	48,00 €	

## Zahlungsrhythmus

Jährlich	
Halbjährlich	

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Zweck des Vereins ist die Pflege, Förderung und Verbreitung des Sportgedankens und der sportlichen Tätigkeit.

Die Kündigungsfrist ist vierteljährlich zum Quartalsende, bis zu dem auch die Beitragspflicht besteht. Ein Austritt aus dem Verein muss schriftlich bei der Vorstandschaft oder dem Mitgliederverwalter angezeigt werden. Es ist keinem aktiven Mitglied des Vereins gestattet, in derselben Sportart einen anderen Sportverein als aktives Mitglied anzugehören. Weiteres können Sie der Satzung des Sportverein Iggelbach entnehmen. Diese ist bei der Vorstandschaft oder dem Mitgliederverwalter erhältlich.

## Datenschutz

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) bin ich einverstanden. Meine Daten werden nur so lange gespeichert wie die gesetzlichen Bestimmungen dies erlauben. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über meine Daten zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht.

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

Sportverein Iggelbach 1965 e.V.  
Am Leimer Weg  
67471 Iggelbach

# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment  Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: