



VfL Ramsdorf e.V.

Breitensport • Fußball • Tischtennis



BEITRITTSERKLÄRUNG

(BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN)

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Sportverein VfL Ramsdorf e.V. 1936 als

aktives / passives

Mitglied, mit allen Rechten und Pflichten und erkenne die Satzung des Vereins an. Die Mitgliedschaft gilt ohne Befristung und ist bei Austritt spätestens 6 Wochen vor Jahresende schriftlich beim geschäftsführenden Vorstand zu kündigen. Gezahlte Jahresbeiträge gelten für das Erhebungsjahr und werden nicht erstattet. Der Beitritt gilt für nachstehende Abteilung:

Breitensport

Fußball

Tischtennis

(Kinder / Jugendliche bis 17 Jahre 4,00 €, Erwachsene 18-64 Jahre 6,50 €, Familie 10,50 €, Erwachsene über 64 Jahre 4,00 €) Der Beitrag bezieht sich auf einen Monat (Zusätzliche Monatsumlage aktive Fußballer: Bis 17 Jahre: 0,50 € / Ab 18 Jahre: 1,00 €)

Mitglied:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

PLZ-Wohnort: _____ Straße: _____

Geschlecht: m ___ w ___ Telefon: _____ Email: _____

Eintrittsdatum: _____

Sind weitere Familienmitglieder bereits angemeldet: ja ___ nein ___ Vornamen _____

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzl. Vertreter)

Die Speicherung, Verarbeitung und Nutzung der uns überlassenen Daten erfolgt in Übereinstimmung mit den anwendbaren Datenschutzgesetzen, insbesondere BDGS. Ich erkläre mein Einverständnis zur Veröffentlichung von Fotos, die im Rahmen von Vereinsangeboten des VfL Ramsdorf e.V. 1936 entstehen, auf denen ich zu sehen bin, in Druckerzeugnissen des Vereines und im Internet. Die Veröffentlichung darf ohne weitere Nachfrage und ohne Nennung meines Namens erfolgen.

SEPA-Lastschriftmandat **Gläubiger-ID: DE08VFL00000492294**

Die Mandatsreferenznummer wird Ihnen über die Beitragsbuchung mitgeteilt. Der Beitragseinzug erfolgt jährlich im Februar eines Kalenderjahres.

Ich ermächtige den VfL Ramsdorf e.V. 1936 Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meine Bank an, die vom VfL Ramsdorf 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 immer die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name und Anschrift des Kontoinhabers: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Ort / Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Bankverbindungen:

VR Bank Westmünsterland: BLZ 428 613 87 • Kto.-Nr. 502 405 200 – Sparkasse Westmünsterland: BLZ 428 513 10 • Kto.-Nr. 8 001 265