# Aufnahmeantrag für die Mitgliedschaft und SEPA-Lastschriftmandat (bitte in Druckschrift ausfüllen)

SV Gailenkirchen-Gottwollshausen e.V.
Hohenlohe Str. 3
74523 Schwäbisch Hall

Name: _____ männlich ☐ weiblich ☐

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ Telefon: _____

PLZ/Wohnort: _____ Emailadresse: _____

bei Kindern Emailadresse der Eltern

beantragt die Aufnahme beim SV Gailenkirchen-Gottwollshausen e.V. als aktives ☐ passives ☐ Mitglied

Ab: _____ (Datum) **Abteilung:** _____

Datum: _____ Unterschrift: _____
(bei Minderjährigen Eltern/gesetzliche Vertreter)

*Die Vereinssatzung erkenne/n ich/wir in ihrer gültigen Form an. Mit Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner/unserer Daten gemäß DSGVO zum Zweck des Vereins bin ich/sind wir einverstanden. Die Satzung sowie die Datenschutzrichtlinien (DSGVO) des SV Gailenkirchen-Gottwollshausen können Sie auf unserer Homepage www.sv-gailenkirchen.de einsehen.*
*Mir/uns ist bekannt, dass die Mitgliedschaft mit dem Tag der Unterzeichnung dieses Aufnahmeantrages beginnt. Austritt oder Ausschluss entbinden nicht von der Verpflichtung, den Jahresbeitrag bis zum Schluss des laufenden Vereinsjahres (31.12.) voll zu entrichten.*
*Hinweis zur Kündigung: Laut Satzung des SV Gailenkirchen-Gottwollshausen e.V. ist der Vereinsaustritt immer nur zum Ende eines Kalenderjahres möglich. Der Austritt ist schriftlich gegenüber dem SV Gailenkirchen, Hohenlohe Str.3, 74523 SHA, oder per Email: rainer@automeister-biedermann.de bekannt zu geben. Sie erhalten von dieser eine Kündigungsbestätigung.*

Nur auszufüllen bei Jugendlichen bis 18 Jahre

Vater Name, Vorname: Mutter Name, Vorname:

Vater: _____ Mutter: _____
Unterschrift Unterschrift

Wir stimmen dem Beitritt zu und übernehmen hiermit die gesamtschuldnerische Haftung für die Beitrags-Zahlungsverpflichtungen.

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates

SEPA-Lastschriftmandat:
Ich ermächtige den SV Gailenkirchen-Gottwollshausen Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SV Gailenkirchen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

*Hinweis: Sie können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrages verlangen. Es gelten dabei die mit Ihrem Kreditunternehmen vereinbarten Bedingungen. Die uns dadurch entstehenden Kosten gehen zu Ihren Lasten.*

Kontoinhaber: Bankinstitut:

IBAN:

| D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

BIC / SWIFT:

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

(beides finden Sie auf Ihrem Kontoauszug)

*Hinweis:*
*Die Angabe der IBAN- und BIC-Nummern sind zwingend erforderlich.*
*Eine Rückgabe des Lastschrift-Mandats ist nur im Original, nicht jedoch als Fax oder Email zulässig.*
*Abbuchungen von einem Sparkonto sind nicht möglich.*

Ort/Datum Unterschrift des Kontoinhabers