

Sportverein SV Wacker 1919 Nürnberg e.V.

Kuhweiherweg 95, 90451 Nürnberg



AUFNAHMEANTRAG

1. Vorstand Petra Kraußner
Petra.Krausser@svwacker1919.de
0175 - 129 58 95

3. Vorstand und
Geschäftsführer Anna Kilar
Anna.Kilar@svwacker1919.de
01514 - 1628403

Hiermit beantrage(n) ich/wir die Aufnahme in den Sportverein SV Wacker 1919 Nürnberg e.V.

**Ich/wir erkenne(n) die Satzung der Vereins an.
Insbesondere nehme(n) ich/wir zur Kenntnis, dass die Kündigung der Mitgliedschaft spätestens zum 30. November eines
Kalenderjahres schriftlich dem Verein vorliegen muß.**

Ich bin mit der Speicherung und Verarbeitung der in diesem Aufnahmeantrag erhobenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer und Bankdaten, durch den SV Wacker 1919 Nürnberg e.V. für die Dauer meiner Mitgliedschaft einverstanden.

Persönliche Daten

männlich weiblich

NAME: VORNAME:

STR./NR.: TELEFON/MOBIL:

MAIL-ADRESSE:

PLZ/ORT: BERUF:

GEB.-DATUM: GEB.-ORT:

NATIONALITÄT: LETZTER VEREIN:

LETZTES SPIEL:

Beiträge

| | | |
|---|----------|--------------------------|
| Familienbeitrag | 195,00 € | <input type="checkbox"/> |
| Familienbeitrag (Rentner) | 144,00 € | <input type="checkbox"/> |
| Erwachsener | 156,00 € | <input type="checkbox"/> |
| Rentner/Student/Azubi (nur mit Nachweis) | 96,00 € | <input type="checkbox"/> |
| Jugendliche (bis 18 Jahre) | 84,00 € | <input type="checkbox"/> |
| Kinder (bis 14 Jahre) | 78,00 € | <input type="checkbox"/> |
| zuzüglich Passgebühr | 30,00 € | <input type="checkbox"/> |

Einzugsermächtigung mittels Sepa-Lastschriftmandates

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE05ZZZ00000661710; Mandatsreferenz = Mitgliedsnummer

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (SV Wacker 1919 Nürnberg e.V.), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (SV Wacker 1919 Nürnberg e.V.) auf mein Konto bezogene 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. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung.

Es ist mir bekannt, dass ich alle Kosten einer Lastschriftückgabe mangels Deckung bzw. unbegründetem Widerspruch zu tragen habe.

BANK/ORT BIC:

IBAN: KONTOINHABER:

DATUM: UNTERSCHRIFT:

(bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten)

(Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des/r Erziehungsberechtigten zwingend erforderlich. Mit der Unterschrift erklärt/en sich der/die Erziehungsberechtigte/n bereit, die Beitragszahlung bis zur Volljährigkeit des Kindes zu übernehmen.)