

Sportverein SV Wacker 1919 Nürnberg e.V.

Kuhweiherweg 95, 90451 Nürnberg



AUFNAHMEANTRAG

1. Vorstand Herbert Lange
Staffelsteiner Str. 18
90425 Nürnberg
0911 - 38 12 84

3. Vorstand und Petra Kraußner
Geschäftsführer Geschw.-Scholl-Str. 5
90439 Nürnberg
0175 - 129 58 95

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 schriftlich zu erfolgen hat und nur zum Ende eines Kalenderjahres möglich ist.

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. Der SV Wacker 1919 Nürnberg e.V. verpflichtet sich die Daten nicht an unberechtigte Dritte weiterzugeben.

Persönliche Daten

männlich weiblich

NAME: VORNAME:

STR./NR.: TELEFON/MOBIL:

PLZ/ORT: BERUF:

GEB.-DATUM: GEB.-ORT:

NATIONLITÄT: LETZTER VEREIN:

Beiträge (jährlich)

Familienbeitrag	168,00 €	<input type="checkbox"/>
Familienbeitrag (Rentner)	117,00 €	<input type="checkbox"/>
Erwachsener	138,00 €	<input type="checkbox"/>
Rentner/Student/Azubi (nur mit Nachweis)	78,00 €	<input type="checkbox"/>
Jugendliche (bis 18 Jahre)	66,00 €	<input type="checkbox"/>
Kinder (bis 14 Jahre)	60,00 €	<input type="checkbox"/>
Zuzügl. einmaliger Bearbeitungsgebühr bei aktiven Spielern (Passgebühr)	25,00 €	bar: ja <input type="checkbox"/> nein <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 Lastschriftrückgabe 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 zu Volljährigkeit des Kindes zu übernehmen.)