



Eberswalder Sportclub e.V.

Bujinkan
Deutscher Kleinwuchssport
Frauen - / Mädchenfußball
Fun - Sport
Männer - / Kinderfußball
Futsal
Kegeln
Leichtathletik
Rudern
Tanzen

AUFNAHMEANTRAG

Ich beantrage die Mitgliedschaft in der Abteilung:

..... des o.g. Sportvereins.

Eintrittsdatum: (tt.mm.jjjj)

Angaben zur Person

Name*: Vorname*: Geb.-Datum*:

Straße / Hausnummer*:

PLZ / Wohnort*:

Telefon: Mobil: E-Mail:

*Pflichtangaben

Erklärungen:

1. Die Satzung und die Ordnung des Vereins sind mir bekannt. Ich verpflichte mich diese einzuhalten. (Satzung unter: www.eberswalder-sportclub.de). Die Kündigung der Mitgliedschaft ist nur halbjährlich zum 30. Juni oder 31. Dezember eines Jahres möglich. Die Kündigung ist schriftlich an die u.g. Postanschrift zu richten und muss die Geschäftsstelle einen Monat vor Ablauf der o.g. Frist erreichen.
2. Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung der o.g. Daten für Zwecke gem. Bundesdatenschutz bin ich einverstanden.
3. Mir sind keine gesundheitlichen Bedenken gegen die Ausübung der o.g. Sportart bekannt.
4. Ich verpflichte mich, den Beitrag mittels SEPA Lastschriftverfahren (siehe Rückseite) einzuziehen zu lassen.
5. Recht am eigenen Bild: Jedes Mitglied willigt in die unentgeltliche Verwendung seines Bildes und seiner Stimme für Fotografien, Live-Übertragungen, Sendungen und / oder Aufzeichnungen von Bild und / oder Ton ein, die vom Verein oder dessen Beauftragten in Zusammenhang mit Veranstaltungen erstellt und in den gegenwärtig genutzten Medien veröffentlicht werden.

Ort: Datum:

Unterschrift:

(bei Antragstellern unter 18 Jahre Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

Eberswalder Sportclub
Schorfheide Str. 30
16227 Eberswalde

Sparkasse Barnim
IBAN: DE26 1705 2000 3801 3002 09
BIC: WELADE1GZE
Steuer-Nr.: 065/140/09307

Vorstand: Antje Müller
Thomas Oesterling
Andreas Kirsch
Vereinregister: VR6184 FF Frankfurt/Oder

www.eberswalder-sportclub.de

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Eberswalder Sportclub e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Schorfheide Str. 30

Postleitzahl und Ort:

16227 Eberswalde

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE26 1705 2000 3801 3002 09

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

Ort:**Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

manuell