**Förderung des Sports im SV Stafflangen e.V.**

**Aufnahmeantrag**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vorname, Name |  | |
| Anschrift |  | |
| Geburtsdatum |  | |
| E-Mail-Adresse |  | Telefon |

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt und erkenne die Vereinssatzung an. Zugleich gebe ich meine Einwilligung gemäß Bundesdatenschutzgesetz und EU Datenschutz-Grundverordnung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten. Die Daten werden ausschließlich für die Mitgliederverwaltung einschließlich Beitragserhebung verwendet.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

|  |
| --- |
| **Förderverein SV Stafflangen e.V.**  **Kleinstafflangen 9/3**  **88400 Stafflangen** |

|  |  |
| --- | --- |
| [Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]  **DE86 6309 0100 0023 390 000** | [Mandatsreferenz] |

Ich/Wir ermächtigen den

|  |
| --- |
| [Name des Zahlungsempfängers]  **Förderverein SV Stafflangen e.V.** |

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom

|  |
| --- |
| [Name des Zahlungsempfängers]  **Förderverein SV Stafflangen e.V.** |

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.  
  
Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

|  |
| --- |
| Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) |
|  |

|  |
| --- |
| Kreditinstitut |

|  |  |
| --- | --- |
| BIC1 | IBAN |

1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum | Unterschrift (Zahlungspflichtiger) |