

AUFNAHME - ANTRAG

Mitgliedsnummer:

.....

FRANKENTHALER SCHWIMMVEREIN von 1897 e. V.

Name, (Mitglied)	_____	Vorname	_____
Straße, Hausnummer	_____	Wohnort	_____
Telefon	_____	Geburtsdatum	_____
E-Mail @ Adresse	_____	Staatsangehörigkeit	_____

Name	_____	Vorname	_____
(Erziehungsberechtigter)			
Straße, Hausnummer	_____	Wohnort	_____
Telefon	_____	Geburtsdatum	_____
E-Mail @ Adresse	_____	Staatsangehörigkeit	_____

Bei Mitgliedschaft von Paaren oder Familie bitte vollständig ausfüllen

	Vorname	Geburtsdatum	Vorname
Ehefrau	_____	_____	3. Kind _____
1. Kind	_____	_____	4. Kind _____
2. Kind	_____	_____	5. Kind _____

Beiträge (monatlich)		
	aktive Mitglieder	passive Mitglieder
Mitgliedschaft Einzel	7,00 €	4,00 €
Mitgliedschaft Paare	8,00 €	5,00 €
Mitgliedschaft Familie	10,00 €	6,50 €

einmalige Gebühren für aktive und passive Mitglieder

	Aufnahme
Mitgliedschaft Einzel	50,00 €
Mitgliedschaft Paare	75,00 €
Mitgliedschaft Familie	75,00 €

Die Beiträge werden halbjährlich von Ihrem Konto abgebogen. Veränderungen der Bankdaten sind unmittelbar dem Verein mitzuteilen. Zusätzliche Bankgebühren die durch nicht genannte Veränderungen entstehen, sind vom Mitglied zu zahlen.

Ich habe die Satzung des Frankenthaler Schwimmvereins v. 1897 e.V. entgegen- und zur Kenntnis genommen. Außerdem habe ich die Datenschutzverordnung des Frankenthaler Schwimmvereins v. 1897 e.V. gelesen und willige in diese ein. Die DSGVO finden sie auf der Vereinswebsite unter <http://www.fsv1897.de/dsgvo/>

Frankenthal, den

Unterschrift
(bei Jugendlichen Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschrift

[vom Kontoinhaber auszufüllen]

Gläubiger-Identifikationsnummer DE59FSV00000724467

Frankenthaler Schwimmverein von 1897 e.V.

SEPA - Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den o.a. Zahlungsempfänger, Zahlung von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom o.a. Zahlungsempfänger auf/ 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/ unserm Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN bei der.....

BIC Kontoinhaber.....

Name Vorname.....

Straße, Hausnummer Wohnort.....

Frankenthal, den

Unterschrift.....
(Kontoinhaber)