



Ich beantrage die Aufnahme als Mitglied im ASV Nendingen 1920 e.V.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Einzelmitgliedschaft
(z.Zt. 40,00€) | <input type="checkbox"/> Familienmitgliedschaft
(z.Zt. 60,00€) | <input type="checkbox"/> Firmenmitgliedschaft
(z.Zt. 100,00€) |
| <input type="checkbox"/> Jugendmitglied (14-18 Jahre)
(z.Zt. 20,00€) | <input type="checkbox"/> Schülermitgliedschaft (bis 13 Jahre)
(z.Zt. 10,00€) | |

Meine Daten:

Vorname

Name (bzw. Firmenname)

Straße

Wohnort

Geb.-Datum

Tel.

Mobil

Email

Weitere Mitglieder (bei Familienmitgliedschaft alle Familienmitglieder bis Volljährigkeit)

Vorname / Name / Geb. Datum / Anschrift/Kontaktdaten (falls abweichend)

Datenschutzhinweis:

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten elektronisch gespeichert werden und ausschließlich für Vereins-/Verbandszwecke genutzt werden. Die Mitgliedschaft endet durch Kündigung zum Jahresende oder Tod. Eine etwaige Kündigung muss dem Verein mind. 3 Monate vor dem Jahresultimo zugegangen sein. Ich erkenne die Vereinssatzung in ihrer jeweils gültigen Form an; diese liegt in der Geschäftsstelle des ASV zur Einsichtnahme aus. Ich versichere, mich jeglicher Art von Gewalt, Fremdenfeindlichkeit und Rassismus im Zusammenhang mit Ringsportveranstaltungen des ASV Nendingen zu enthalten.

Datum

Unterschrift

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels SEPA-Lastschrift

Hiermit ermächtige ich den ASV Nendingen 1920 e.V. (Gläubiger-ID: DE13ZZZ00000887770) Zahlungen für den Mitgliedsbeitrag jährlich von nachfolgendem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich das nachfolgend benannte Kreditinstitut an, die vom ASV Nendingen veranlassten Lastschriften einzulösen. **Zahlungsart:** Wiederkehrende Zahlungen. Einzug im 1. Halbjahr jeden Jahres jedoch nach der Jahreshauptversammlung. Da wird auch der jeweilige genaue Termin bekannt gegeben und dann zusätzlich über die Vereins-Homepage veröffentlicht. **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.

Name des Kreditinstituts

BIC -optional-

IBAN

alternativ Kto.-Nummer

Kontoinhaber

Datum

Unterschrift