



**SV Seestern
Dorsten 2009 e.V.**
Postfach 21 01 11
46268 Dorsten

Aufnahmeantrag

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Hiermit beantrage ich die Aufnahme
in den Schwimmverein Seestern Dorsten 2009 e.V. für:

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Geschlecht: männlich weiblich

Straße / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____ Telefon*: _____

E-Mail*: _____ * freiwillige Angabe

Hinweis: Wenn Minderjährige für sich eine Eintrittserklärung abgeben:

Vor- und Zuname eines Erziehungsberechtigten: _____

Beginn der Mitgliedschaft: _____ (Monat und Jahr)

- Ich bestätige, dass ich sportgesund bin bzw. mein Kind sportgesund ist.
- Mir ist bekannt, dass die Satzung des Schwimmverein Seestern Dorsten 2009 e.V. auf Verlangen eingesehen werden kann bzw. im Internet (www.svseestern09.de) abgerufen werden kann. Ich erkenne die Satzung ausdrücklich an.
- Mir ist bekannt, dass der SV Seestern zur Zweckerfüllung der Mitgliedschaft meine persönlichen Daten speichert und verwendet.
- Ich bin mit der Verwendung meiner persönlichen Daten im dafür notwendigen Umfang bei Berichterstattungen über sportliche und auch außersportliche Ereignisse in vereinseigenen Publikationen oder auf der Internetseite des Vereins einverstanden. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen.

Monatlicher Beitrag:

- Kinder und Jugendliche: 10,00 € Aufnahmegebühr
 20 € incl. T-Shirt 10 € ohne T-Shirt
- Erwachsene 12,00 € zusätzlich spende/n ich/wir freiwillig
- Familien 25,00 € jährlich folgenden Betrag: _____
(weitere Namen und Geburtsdaten auf der Rückseite vermerken)

SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung) DE08ZZZ00000650882 (Gläubiger ID)

Ich ermächtige den SV Seestern Dorsten 2009 e.V. zur Begleichung der jeweils fälligen Mitgliedsbeiträge für mich und meine Familienangehörigen sowie für alle weiteren zahlungspflichtigen Leistungen, die Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SV Seestern auf mein Konto gezogenen 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.

(Die nachfolgenden Angaben können Sie der Rückseite Ihrer EC-Karte entnehmen)

DE _____

IBAN (International Bank Account Number)

_____ Geldinstitut

_____ DE _____

BIC (Bank Identifier Code)

_____ Kontoinhaber

_____ Ort und Datum

_____ Unterschriften (Mitglied , Kontoinhaber)

Bitte ziehen Sie den Beitrag / die Spende ab dem _____ von meinem Konto ein.