

Förderverein Zollinger Fussball e.V.

Moosburger Str. 2
85406 Zolling

Homepage: www.foerderverein.spvggzolling.de

Email: ZollingerFussball@gmx.de



Bitte Antrag in **Druckbuchstaben** ausfüllen!!!

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein Zollinger Fussball

Der Jahresbeitrag beträgt _____ € * (mindestens 50,- €)

Angaben zur Person

Nachname*	Vorname*	Geburtsdatum*:
Straße/Hausnr.*:	PLZ/Wohnort*:	
Telefon*:	Mobil:	E-Mail:

Ich stimme der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zu, soweit es für Vereins-/Verbandszwecke erforderlich ist. Hierbei gelten die Regelungen der EU-DSGVO.

Ich erkläre im Rahmen von Veranstaltungen und Sportereignissen des Vereins hiermit mein Einverständnis sowohl zur Erstellung von Bildaufnahmen meiner Person als auch zur Verwendung und Veröffentlichung solcher Bildnisse zum Zwecke der öffentlichen Berichterstattung über das Vereinsleben.

Durch meine Unterschrift wird die Satzung und die Beitragsordnung des Vereins anerkannt (sh.Homepage). Eine **Kündigung der Mitgliedschaft** ist grundsätzlich nur **schriftlich zum jeweils 31.12.** möglich.

Ort, Datum*:	Unterschrift*:
--------------	----------------

(* = Pflichtfelder)

SEPA-Lastschriftmandat (Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE24ZZZ00000807062)**

Mandatsreferenz = künftige Mitgliedsnummer

Hiermit ermächtige ich den Förderverein Zollinger Fussball e.V. bis zum schriftlichen Widerruf Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Zollinger Fussball e.V. 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.

Kontoinhaber Nachname*	Vorname*	Geburtsdatum*:
Straße/Hausnr.*:	PLZ/Wohnort*:	

IBAN-Nr.*:	(Anmerkung IBAN findet man z.B. auf Kontoauszug oder Bankkarte)
DE	

Ort, Datum*:	Unterschrift KTO-Inhaber*:
--------------	----------------------------

Bei Nichterteilung des SEPA-Lastschriftmandates werden pro Kalenderjahr 5,00 € Mehraufwand berechnet.

(* = Pflichtfelder)

Dieser Antrag muß ausgedruckt und unterschrieben werden!