

<b>SVV</b> Schönecker Volleyball Verein Taunusblick 36 61137 Schöneck Telefon +49 177 9654738 Vereinsregister Nr.: 46 VR 1725	<b>Aufnahmeantrag</b> Bitte ankreuzen  <input type="checkbox"/>	<b>Änderungsmeldung</b> Bitte ankreuzen  Datenänderung <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/>
--	--	--

**Ich beantrage hiermit die Aufnahme beim Schönecker Volleyball Verein e.V. als Mitglied.**

<b>Nachname :</b>		<b>Geburtsname :</b>	
<b>Vorname :</b>		<b>Beruf :</b>	
<b>Straße :</b>		<b>Geburtsdatum :</b>	
<b>PLZ / Ort :</b>		<b>Festnetznummer :</b>	
<b>E-Mail :</b>		<b>Mobilnummer :</b>	

Durch meine Unterschrift erkenne ich die gültigen Satzungen, Ordnungen, Beiträge des Schönecker Volleyball Vereins e.V. als verbindlich an. Die Satzung des Vereins kann über den Vorstand jederzeit eingesehen werden.  
 Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke, gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes, bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten.

**Ort :** \_\_\_\_\_ **Datum :** \_\_\_\_\_

**Unterschrift :** \_\_\_\_\_

( Bei Jugendlichen unter 18 Jahren ist zusätzlich die Unterschrift der gesetzlichen Vertreter erforderlich )

**Anmerkung für Jugendliche: Es sind die Unterschriften beider Eltern erforderlich. Sofern Alleinvertretungsberechtigung besteht ( z.B. Tod oder Scheidung ) ist diese Alleinvertretungsberechtigung durch die betreffende Person per Unterschrift zu bestätigen**

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

## Einzugsermächtigung

**Schönecker Volleyball Verein, Taunusblick 36, 61137 Schöneck**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE16ZZZ00000804878

Mandatsreferenz: Wird später mitgeteilt

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Schönecker Volleyball Verein, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Schönecker Volleyball Verein 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.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

DE \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift

### Der Beitrag wird jährlich eingezogen.

Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich zum 1. Bankarbeitstag im April eingezogen.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt seit dem 01.01.2022, lt. Beschluß der Mitgliederversammlung vom 13. August 2021

Für E r w a c h s e n e .....	35 € jährlich
für K i n d e r / Jugendliche .....	25 € jährlich
für Familien .....	70 € jährlich