SC ALTENPLOS 1921 E. V.

DER BREITENSPORTVEREIN IM ROTMAINTAL

FUßBALL – TENNIS – TISCHTENNIS - LEICHTATHLETIK – TURNEN – KINDERTURNEN – SPORT FÜR ÄLTERE - NORDIC WALKING – FITNESS

MITGLIEDSANTRAG

Der/die Unterzeichnende: _____ geb. am: _____,
(Vorname, Name)

Anschrift: _____,
(Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

Tel.-Nr.: _____, E-Mail: _____,

Beruf: _____,

tritt dem SC Altenplos 1921 e. V. ab _____ als Mitglied bei und erklärt sich mit seiner /ihrer Unterschrift bzw. der/des Erziehungsberechtigten bereit, den jeweils aktuellen Beitragssatz zu entrichten.

Abteilung: ☐ Fußball ☐ Tischtennis ☐ Tennis ☐ Leichtathletik/Nordic Walking ☐ Turnen/Fitness

Beitrag p. a.: ☐ Familie (115,- €) ☐ Erwachsene (54,- €) ☐ Student (38,- €) ☐ Rentner (46,- €)

☐ Jugendliche (14-18 Jahre) (36,- €) ☐ Kinder bis 13 Jahre (24,- €)

☐ Zusatzbeitrag Tennis (55,- €)

Das Zweite oder jedes weitere Kind unter 18 Jahren bleibt beitragsfrei, wenn ein Elternteil Mitglied im SCA ist.

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos/Videos von mir, inkl. der Nennung meines Namens, unentgeltlich und bis auf Widerruf in den Print- und Online-Medien des SC Altenplos veröffentlicht werden. Der SC Altenplos haftet nicht dafür, wenn Dritte ohne Wissen der Verantwortlichen des SC Altenplos den Inhalt seiner Print- und Online-Medien anderweitig nutzen. Der SC Altenplos sichert zu, dass die Rechte an den veröffentlichten Fotos sowie alle anderen personenbezogenen Daten nicht ohne Zustimmung des Unterzeichnenden an Dritte veräußert, abgetreten oder in sonstiger Weise anderweitig genutzt werden.

☐ ich bin einverstanden ☐ ich bin nicht einverstanden

Ort, Datum: _____ _____
Unterschrift (ggf. beide Erziehungsberechtigte)

SEPA-Lastschriftmandat für Mitgliedsbeitrag

Mandatsreferenz für wiederkehrende Zahlungen:
Gläubiger-Identifikationsnummer DE65ZZZ00000142844

Ich ermächtige den Sport Club Altenplos 1921 e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SC Altenplos 1 9 2 1 e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Sie können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name): _____

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): _____

IBAN: _____

Ort, Datum: _____ _____
Unterschrift des Kontoinhabers

Sie können dieses Formular Online am PC ausfüllen, dann ausdrucken und einem SCA-Verantwortlichen unterschrieben übergeben, per Mail senden, oder auch direkt ausdrucken und dann manuell ausfüllen. In diesem Fall bitte deutlich schreiben! Danke!