

# Beitrittserklärung



Hiermit erkläre ich

<b>Vorname:</b>		<b>Nachname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>		<b>Telefon:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>E-Mail:</b>	
<b>PLZ / Wohnort:</b>		<b>Handy-Nr.:</b>	

meinen Beitritt als Mitglied des SV Kappelwindeck e.V., 77815 Bühl unter Anerkennung der derzeitigen Satzung (siehe <https://www.svkappelwindeck.de/satzung>)

Die beiliegende Information zur Veröffentlichung von Bild- und Filmmaterial, zum Datenschutz und zum Widerspruchsrecht, sowie zu den Beiträgen habe ich erhalten und stimme ihnen zu.

Unterschrift \_\_\_\_\_ Ort, Datum: \_\_\_\_\_

(bei Minderjährigen, die das 13. Lebensjahr vollendet haben, ist neben der gesetzlichen Vertreter auch die Einwilligung des/der Minderjährigen erforderlich)

## Der Jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt

- |                                                                                             |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jugendliche unter 13 Jahre - 60 €                                  | <input type="checkbox"/> Freizeitgruppen - 60 €    |
| <input type="checkbox"/> Aktive ab 13 Jahren (Jugendliche / Erwachsene) - 100 €             | <input type="checkbox"/> Passive Mitglieder - 25 € |
| <input type="checkbox"/> Familienbeitrag (Eltern und Kinder bis zum 21. Lebensjahr) - 160 € |                                                    |

## Beitrag & Zahlungsweise:

Der Beitrag wird einmal jährlich per SEPA Basis-Lastschriftverfahren eingezogen. Die Kündigung der Mitgliedschaft ist nur schriftlich bis zum 30.09. eines jeden Kalenderjahres möglich.

Ich ermächtige den Verein Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SVK gezogenen Lastschriften einzulösen. Sollten hierbei Kosten aufgrund mangelnder Kontodeckung oder aufgrund geänderter Kontodaten entstehen, gehen diese zu meinen Kosten.

## Hinweis:

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Adress- / Kontoänderungen sind dem SV Kappelwindeck e.V. mitzuteilen

<b>Kontoinhaber:</b>		<b>Kreditinstitut:</b>	
<b>IBAN:</b>			

Ich bestätige die Richtigkeit der Bankdaten und stimme dem Bankeinzug zu.

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

Ort, Datum: \_\_\_\_\_