



Sportverein Bondorf 1934 e.V.

Geschäftsstelle, Alte Herrenberger Str. 26, 71149 Bondorf

Tel 07457/696163

email: info@sv-bondorf.de

Aufnahmeantrag

NAME: _____

VORNAME: _____

STRASSE: _____

PLZ: _____ ORT: _____

GEB. AM: _____

GESCHLECHT: () weiblich () männlich () divers

TELEFON: _____

E-MAIL: _____

In verbindlicher Anerkennung der mir bekannten aktuellen Satzung und Ordnung(en) des Vereins beantrage ich hiermit die Aufnahme in den SV Bondorf e.V. mit Zuordnung zu nachstehend gekennzeichnete(r) Abteilung.

Abteilung: (bitte ankreuzen) () **aktiv** () **passiv** () **Schüler/Student** (Nachweise ab 17 Jahren beifügen)

- () **American Football** () **Fußball** () **Handball** () **Kinder u. Jugendsport** () **Rad-und Freizeit** () **Tennis**
() **Familiensport** () **Lauf/Nordic Walk.** () **Boule**
() **Geräteturnen Wettka.** () **Mountainbike**
() **Geräteturnen** () **Volleyball**
() **Leichtathletik**

Die Kündigung der Mitgliedschaft ist bis 30.11. des lfd. Jahres in Textform dem SVB zu erklären, sie wird zum 31.12. des lfd. Jahres wirksam.

Die Erhebung Ihrer vorstehenden personenbezogenen Daten, die allein zur ordnungsgemäßen Mitgliederverwaltung erforderlich sind, beruht auf gesetzlicher Berechtigung. Mit der –medienunabhängigen- Verarbeitung (Speicherung, Übermittlung, Berichtigung und Löschung) meines personenbezogenen Daten-/und Bildmaterials für satzungsgemäße Vereinszwecke nach den rechtlichen Datenschutzbestimmungen bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Unterschrift des neuen Mitglieds

Unterschrift des Sorgeberechtigten

Vorstand SV Bondorf e. V.

Abteilungsleiter

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnr. DE40ZZZ00000139522

Mandatsreferenz: **wird separat mitgeteilt**

Ich ermächtige den SV Bondorf 1934 e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SV Bondorf 1934 e.V. auf meinem 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 (Vorname u. Name)

Straße, Hausnr., PLZ, Ort

IBAN-Nummer

bei der _____

Name des Geldinstituts

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber