



BEITRITTSERKLÄRUNG

hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein „FSV Warfleth e.V.“.

Beitrittsdatum: _____ **Geb.-Datum:** _____ **Geschlecht:** W M Div.

Vorname: _____ **Nachname:** _____

Straße: _____ **PLZ, Ort:** _____

***E-Mail:** _____ **Telefon:** _____

Bitte wählen Sie die gewünschte Mitgliedsoption sowie den Rhythmus, in dem der Beitrag bezahlt werden soll: *bitte mit angeben

X	Mitgliedsoption	Jahresbeitrag	X	Mitgliedsoption	Jahresbeitrag
<input type="checkbox"/>	Passivmitglied	45€	<input type="checkbox"/>	Kinder (U17)	70€
<input type="checkbox"/>	Aktiv (Herren/Frauen)	204€	<input type="checkbox"/>	Bambini (U8)	45€
<input type="checkbox"/>	Student/ Schüler (Ü18)	78€	<input type="checkbox"/>		

Meine Zahlung soll in nachstehend gewähltem Rhythmus erfolgen:

<input type="checkbox"/>	jährlich	<input type="checkbox"/>	halbjährlich	<input type="checkbox"/>	vierteljährlich	<input type="checkbox"/>	monatlich
--------------------------	----------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------

Mit dem Beitritt zum **FSV Warfleth e.V.** erkläre ich mich mit dessen Satzung und Vereinsordnung **einverstanden**.

Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu Vereinszwecken, gemäß den Bestimmungen des **Datenschutzgesetzes (DSGVO)**, bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten.

Mit der Veröffentlichung von Fotos, von mir / meinem Kind* auf der Vereinshomepage sowie auf den sozialen Medien des Vereins bin ich einverstanden. Ich habe das Recht meine Einwilligung jederzeit zu widerrufen. (*nichtzutreffendes bitte streichen)

Ort, Datum

Unterschrift



BEITRITTSERKLÄRUNG

PASSKOSTEN

<input type="checkbox"/> Neuausstellung	<input type="checkbox"/> Vereinswechsel
---	---

Hiermit verpflichte ich mich, die Kosten des Vereinswechsels in Höhe von 30€ selbst zu tragen.

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich den Verein **FSV Warfleth e.V.**, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom genannten 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.

Kontoinhaber: _____ **IBAN:** _____

Kreditinstitut: _____ **BIC:** _____

Ort, Datum

Unterschrift

Spende: Ich möchte dem Verein FSV Warfleth e.V. unterstützen und leiste nachstehende Spendensumme. Gleichzeitig erteile ich dem Verein die Einzugsermächtigung zur Abbuchung des unten stehenden Betrags vom oben genannten Konto:

Einmalige Spende in Höhe von _____ €

Jährlich wiederkehrende Spende von _____ €

Monatlich wiederkehrende Spende von _____ €

Ort, Datum

Unterschrift