



BEITRITTSERKLÄRUNG

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

Beitrittsdatum: _____ Geb.-Datum:* _____ E-Mail: * _____
Vorname: _____ Straße: _____
Nachname: _____ PLZ, Ort: _____
Geschlecht: W M Div. 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 (U18)	70€
<input type="checkbox"/>	Erwachsene (Herren/ Damen)	156€	<input type="checkbox"/>	Bambini (3-7 Jahre)	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/ meiner Kinder* auf der Vereinshomepage sowie auf den sozialen Medien des Vereins bin ich einverstanden. Ich habe das Recht meine Einwilligung jederzeit zu widerrufen (*nicht zutreffendes bitte streichen).

Ort, Datum

Unterschrift



BEITRITTSERKLÄRUNG

----- 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