



DER BREITENSPORTVEREIN IM ROTMAINTAL

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

MITGLIEDSANTRAG

Der / die Unterzeichnende _____, geb. am _____,
wohnhafte in PLZ: _____, Ort _____, Straße: _____,
Tel.: _____, E-Mail: _____

tritt dem Sport Club Altenplos 1921 e.V. ab sofort als Mitglied bei und erklärt sich mit seiner / ihrer Unterschrift bzw. der / des Erziehungsberechtigten bereit, den jeweils gültigen Beitragssatz (siehe unter www.sc-altenplos.de/mitgliedschaft) zu bezahlen. **Im Folgenden bitte auswählen!**

Familie, Erwachsener, Rentner, Student, Jugendl. bis 18 Jahre, Kinder bis 13 Jahre

Abteilung: Fußball Tischtennis, Tennis, Leichtathletik/Nordic Walking,
 Turnen/Mutter-Kind/Fitness

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 (Club-Echo, Blaue Kurve, Internetseite, sonstige Publikationen) veröffentlicht werden. Die Verantwortlichen des SC Altenplos haften nicht dafür, wenn Dritte ohne deren Wissen den Inhalt der Print- und Online-Medien des SC Altenplos zu weiteren Zwecken nutzen, insbesondere durch das Kopieren oder Herunterladen von Fotos oder Texten. 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 Erziehungsberechtigten)

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 1921 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: (Name, Vorname): _____

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, oder auch direkt ausdrucken und dann manuell ausfüllen.

In diesem Fall bitte deutlich schreiben! Danke!

Vorstand:

Bankverbindung: