



Sport-Club Regensburg e.V.

Sportanlagen und Vereinsheim

Alfons-Auer-Straße 26 – 93053 Regensburg

Telefon Geschäftsstelle 0941 / 70 10 911 – Fax Geschäftsstelle 0941 / 70 10 913

Telefon Vereinsgaststätte 0941 / 70 25 75

E-Mail: info@sportclub-regensburg.de – Web: www.sportclub-regensburg.de

Mitglieds-Nr.

Erledigt am:

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich unter Anerkennung der von der Delegiertenversammlung festgelegten Satzung die Aufnahme in den Sport-Club Regensburg e.V.

Abteilung: _____ w m d Eintrittsdatum: _____

Vorname: _____ Name: _____ Geb.-Datum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

Tel.: _____ Mobil-Tel.: _____ E-Mail: _____

Ich bin bereits Mitglied in der/den Abteilung/en: _____

Wird von der Abteilung ausgefüllt:



Beitragsart: Aktiv Passiv Jugend Azubi/Student Familie Beitragsfrei

Jahresbeitrag: _____ Aufnahmegebühr: _____ Zahlungsart: 1/4 1/2 1/1

Beitragsfreie Mitglieder (nur bei Beitragsart Familienbeitrag):

Name/Vorname _____ Geburtsdatum _____ Abteilung _____ Mitglieds-Nr. _____

Die schriftliche Kündigung der Mitgliedschaft (Austritt) ist nur unter Einhaltung der Kündigungsfrist von sechs Wochen zum Ende des Kalenderjahres (31.12.) möglich. Andernfalls verlängert sich die Mitgliedschaft um ein weiteres Jahr. Die im Aufnahmeantrag angegebenen Daten werden durch elektronische Datenverarbeitung (EDV) erfasst und ausschließlich für Vereinszwecke des SPORT-CLUB REGENSBURG e.V. genutzt. Mit der Wiedergabe von eigenen Texten und/oder Bildern zu Vereinszwecken erkläre ich mich gemäß der Datenschutz-Grundverordnung einverstanden.

Regensburg, den _____  _____  _____
Unterschrift Mitglied Unterschrift Erziehungsberechtigter

Sport-Club Regensburg e.V., Alfons-Auer-Straße 26 – 93053 Regensburg

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE39ZZZ0000045428 – Mandatsreferenz = Mitgliedsnummer

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Sport-Club Regensburg e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Sport-Club Regensburg e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: Vorname und Name

Straße/Hausnummer

PLZ Wohnort


Name Bank/Kreditinstitut

BIC

DE / / / / /

IBAN

Ort, Datum

 _____
Unterschrift Kontoinhaber