



Sport – Club e. V. Regensburg

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

Mail: info@sportclub-regensburg.de Homepage: 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 Eintrittsdatum _____

Vorname _____ Name _____ Geb.-Datum _____

Straße _____ PLZ _____ Wohnort _____

Telefon _____ Handy _____ Mail _____

Ich bin bereits Mitglied in der Abteilung _____

Beitragsart: Aktiv Passiv Jugend AZUBI/Student Familie Beitragsfrei

Jahresbeitrag _____, _____ € Aufnahmegebühr _____, _____ € Zahlungsart 1/4 1/2 1/1

Beitragszahlung nur durch Bankeinzug möglich!

Beitragsfreie Mitglieder

(nur bei Beitragsart Familienbeitrag ausfüllen)
Geburtsdatum Abteilung

Name / Vorname

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

Unterschrift des Mitgliedes

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

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

Gläubiger – Identifikationsnummer: DE39ZZZ0000045428

Mandatsreferenz = siehe Mitgliedsnummer oben

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 acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name – Kontoinhaber

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

DE ____/____/____/____/____/____

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN

Name, Ort und Unterschrift