



SPORTVEREINIGUNG FRIEDRICHSORT VON 1890 e.V.

Harald-Lindenau-Weg 99 * 24159 Kiel

Tel: 0431 – 39920015 * Fax: 0431 – 39920020 * Mail: info@sv-friedrichsort.de

www.sv-friedrichsort.de



Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Sportvereinigung Friedrichsort von 1890 e.V.

A. Personalangaben

Name	Vorname	m	w	Geb. Datum
Straße - PLZ - Ort				Telefon
E-Mail:				Mobiltelefon

Nachfolgende Familienmitglieder sind bereits Mitglied der Sportvereinigung Friedrichsort von 1890 e.V.

Name	Vorname	Geb. Datum
Name	Vorname	Geb. Datum

Ich beabsichtige, mich folgender/folgenden Abteilung/en anzuschließen:

<input type="checkbox"/>	Fussball	<input type="checkbox"/>	Turnen	<input type="checkbox"/>	Einrad	<input type="checkbox"/>	Koronarsport*
<input type="checkbox"/>	Handball	<input type="checkbox"/>	Kampfsport (Judo)	<input type="checkbox"/>	Leichtathletik	<input type="checkbox"/>	Passiv
<input type="checkbox"/>	Segeln*	<input type="checkbox"/>	Tischtennis	<input type="checkbox"/>	Tennis*	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Schwimmen	<input type="checkbox"/>	Yoga*	<input type="checkbox"/>	Fitness im FCN*	<input type="checkbox"/>	

Für die mit * gekennzeichneten Sportarten wird ein zusätzlicher Spartenbeitrag gem. der gültigen Beitragsliste erhoben

Die Satzung der Sportvereinigung Friedrichsort von 1890 e.V., die in der Geschäftsstelle zur Einsicht ausliegt, erkenne ich durch meine Unterschrift an. **Der Austritt aus der SVF kann nur schriftlich mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsabschluss erklärt werden.**

Ort/Datum	Unterschrift des Erziehungsberechtigten	Unterschrift des Mitgliedes
-----------	---	-----------------------------

Gläubiger – Identifikationsnummer: DE 06 ZZZ 00000 183482 Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer) _____

SEPA – Lastschriftmandat

Ich ermächtige die SV Friedrichsort von 1890 e.V. Beitragszahlungen von meinem Konto vierteljährlich mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SV Friedrichsort 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.

Der Mitgliedsbeitrag wird vierteljährlich am 10. des ersten Monats des Quartals eingezogen. Bei monatlicher Beitragszahlung und später eingereichten Aufnahmeanträgen erfolgt der Einzug jeweils am 10. eines Monats.

Name, Vorname* _____ Kreditinstitut _____
 Strasse* _____ BIC _____
 Ort* _____ IBAN DE _____

* sofern abweichend vom Antragsteller

Hinweis gem. §26 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und der DSGVO:

Die gemachten Angaben werden gemäß der Datenschutzrichtlinie der SV Friedrichsort elektronisch gespeichert und verwendet. Die Datenschutzrichtlinie wurde in der Vereinszeitung Juni 2018 veröffentlicht und ist auf der Homepage der SVF und der Geschäftsstelle einsehbar. Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten gemäß der Datenschutzrichtlinie verwandt werden.. Bei Nichteinverständnis ist **keine** Aufnahme in die SV Friedrichsort möglich.

Ort/Datum	Unterschrift des Kontoinhabers
-----------	--------------------------------